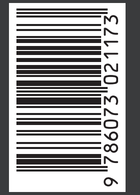
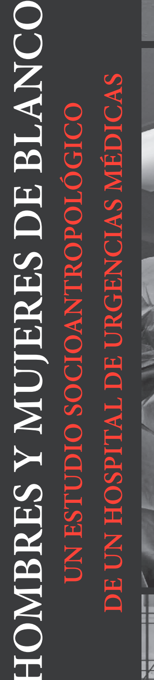
El libro que el lector tiene entre sus manos es resultado de una investigación de campo de más de tres años al interior del hospital general Dr. Rubén Leñero, antiguamente conocido como la Cruz Verde. El Rubén Leñero, al igual que otros establecimientos de salud pública, atiende casos muy graves por lo que es nombrado hospital "rojo" o de "sangre"; condensa el dolor y la fragilidad humana con el espíritu y la habilidad de una comunidad de hombres y mujeres de blanco que diariamente enfrentan situaciones límite, saliendo avante en la gran mayoría de las ocasiones. La investigación muestra cómo aprenden y adquieren las habilidades técnicas los médicos que residen al interior de este hospital/escuela. En tan sólo cuatro años un médico general adquiere una especialidad, lo que significa una transformación importante en su persona.

El quirófano es el santuario al que aspiran a entrar los residentes, es el gimnasio donde entrenan, enmiendan sus errores y afinan sus habilidades como cirujanos. El hospital está conformado por un modelo de salas y unidades sobre la que se reproduce diariamente la práctica médica; para entenderla, un equipo de sociólogos recorrió prácticamente todas las instalaciones con el fin de observar el funcionamiento, los conflictos y los desequilibrios sistémicos, así como las labores formales e informales del personal médico, técnico y de enfermería. Al culminar el libro, el lector no sólo tendrá una perspectiva de la dinámica hospitalaria y del aprendizaje médico, sino que también podrá reflexionar metodológicamente sobre una forma de hacer sociología sobre el terreno.



Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN303815). DGAPA-UNAM













UN ESTUDIO SOCIOANTROPOLÓGICO
DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS MÉDICAS

Víctor A. Payá
Pedro Alberto Bracamonte
(coordinadores)

Saúl Recinas
Jovani Rivera
Quetzalli Rojas
Wendy Nicolasa Vega



Víctor A. Payá
Doctor en Ciencias Sociales. Profesor-investigador de la Facultad de Estudios Superiores Acatlán-UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II.

Wendy Nicolasa Vega
Doctora en Ciencias Sociales. Profesora de asignatura de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y de la Facultad de estudios Superiores Acatlán-UNAM.

Saúl Recinas
Doctorante del Programa Integral en Ciencias Sociales, con especialidad en Sociología de El Colegio de México.

Pedro Alberto Bracamonte
Licenciado en Sociología por la Facultad de Estudios Superiores Acatlán-UNAM.

Quetzalli Rojas
Maestra en Estudios Políticos y Sociales por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM.

Jovani J. Rivera
Doctorante en el Programa de Posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM.

Hombres y mujeres de blanco

Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas

Víctor A. Payá
Pedro Alberto Bracamonte
(coordinadores)

Hombres y mujeres de blanco

Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Acatlán
Juan Pablos Editor

México, 2019

Programa de Apoyo a Proyectos de investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN303815). DGAPA-UNAM.

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas
Nombres: Payá Porres, Víctor Alejandro, editor. | Bracamonte, Pedro Alberto, editor.
Título: Hombres y mujeres de blanco : un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas / Víctor A. Payá, Pedro Alberto Bracamonte (coordinadores).
Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México : Juan Pablos Editor, 2019.
Identificadores: LIBRUNAM 2052017 | ISBN 9786073021173.
Temas: Hospitales - Personal médico. | Residentes (Medicina) - Capacitación de. | Internos (Medicina) - Capacitación de. | Hospitales docentes. | Medicina - Estudio y enseñanza. | Hospital General Doctor Rubén Leñero.
Clasificación: LCC RA972.H65 2019 | DDC 362.11068—dc23

HOMBRES Y MUJERES DE BLANCO. UN ESTUDIO SOCIOANTROPOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS MÉDICAS
de Víctor A. Payá y Pedro Alberto Bracamonte (coordinadores)

Fotografías de portada: Víctor A. Payá

Diseño de portada: Darío Alíoscha Payá

ISBN: 978-607-30-2117-3 UNAM
ISBN: 978-607-711-550-2 Juan Pablos Editor

Impreso en México

Juan Pablos Editor es miembro de la Alianza
de Editoriales Mexicanas Independientes (AEMI)
Distribución: TintaRoja <www.tintaroja.com.mx>

Índice

Agradecimientos

El presente libro culmina el proyecto de investigación Institución, Violencia e Imaginario: Reflexiones Socioantropológicas desde un Hospital de Urgencias Médicas, aprobado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dentro del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN303815). Gracias al PAPIIT se obtuvieron recursos como equipo de cómputo, papelería, becas de apoyo, así como el financiamiento para la publicación en coedición de este libro.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), que brindó apoyo por medio del Sistema Nacional de Investigadores (CNI). Al director de Educación e Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, doctor Federico Miguel Lazcano Ramírez, quien aprobó el proyecto. Al director del hospital general Doctor Rubén Leñero, doctor Gustavo Carbajal Aguilar, y al entonces subdirector, doctor Gerardo de Jesús Ojeda Valdés, que impulsaron el proyecto desde el Comité de Ética y Enseñanza, para que fuera aprobado. Al doctor Jorge Fuentes de la Mata, jefe de Enseñanza, que siempre otorgó la confianza al grupo de trabajo para continuar con la investigación, incluso cuando algunos médicos se mostraban reticentes a ésta. A la doctora Xánatl Vázquez, jefa de Planeación y Evaluación, su visión panorámica a través de las estadísticas fue central para observar desde otros ángulos la práctica médica institucionalizada, destacando sus preocupaciones sobre la mortalidad materna y la violencia contra de las mujeres. Todos ellos merecen un reconocimiento.

Se les agradece también a los responsables de los servicios siguientes: Endoscopia, doctor Felipe de Jesús Martínez Martínez, con quien conversamos muchas horas sobre la práctica médica hospitalaria. Medicina Interna: doctor Juan Alejandro Baeza, siempre dispuesto a brindar un espacio de su tiempo para alertar sobre los duros retos que enfrenta el ejercicio de la medicina en el interior de un hospital de salud pública, en un contexto de precariedad cultural; Unidad de Cuidados Intensivos, doctor Fernando Molinar, quien nos expuso detalladamente cuáles son las funciones de esta unidad, así como la importancia de los protocolos y la ética médica para su óptimo funcionamiento; Quirófanos y Anestesia, doctor Ramón Salvador, cuyo aprecio por la academia facilitó nuestro ingreso a los quirófanos del hospital; y sus opiniones sobre la labor que brindan los anestesiólogos en el quirófano fueron centrales para entender el trabajo en equipo; Ortopedia, doctor Sixto Rodríguez, con quien charlamos en su consultorio y mientras operaba una fractura grave de cadera, para despejar algunas dudas sobre la enseñanza médica; Cirugía General, doctor Manuel Jiménez Arenas, a quien entrevistamos sobre la educación del cirujano, además de que nos permitió observarlo mientras intervenía en una de las cirugías más complicadas; Rehabilitación, doctor Jesús Velázquez, quien nos mostró el trabajo de rehabilitación que se lleva a cabo con los pacientes incapacitados en su servicio y nos expuso la necesidad de la medicina preventiva; Patología, doctor Ramiro Palafox Vega, quien junto con el director del hospital autorizó nuestro ingreso al Comité de Mortalidad durante poco más de dos años y dedicó varias sesiones a mostrarnos el trabajo del servicio y la importancia del análisis patológico de las "piezas", así como de la medicina forense; Bariatría, doctor Francisco Campos, quien concedió una amplia entrevista y el ingreso a una de las cirugías que se practican para reducir la obesidad mórbida; Cirugía Plástica y Reconstructiva, doctora Lya Vázquez Morales, quien nos enseñó el trabajo que se lleva a cabo en Consulta Externa; Enfermería, enfermera Lucinda Romero Gálvez, con quien charlamos en diversas ocasiones sobre la importante labor que desempeña el personal a su cargo, y Medicamento Controlado: químico farmacéutico industrial Gustavo Vega García, a quien entrevistamos en algunas ocasiones sobre su labor de control de los medicamentos y los protocolos de higiene institucional.

Asimismo, agradecemos los diversos testimonios, charlas e ingresos a quirófano de los siguientes doctores: Jorge González Rentería (QEPD), Ricardo Pacheco López, Rubén Hernández Ordóñez, Kenji Alejandro Maquita y Giovanni Pérez, especialistas en Cirugía Plástica y Reconstructiva; Armando Rosales Ayala, Nicolás Méndez Martínez, Lucio Martínez Flores y Evelia Pacheco Gamiño, especialistas en cirugía general; Gerardo Mafara Flores (quien nos concedió varias entrevistas y charlas mientras intervenía quirúrgicamente) y Raúl Tovilla Cruz,

especialistas en cirugía ortopédica; Gilberto Romero, especialista en cirugía bariátrica; Damián Sánchez, especialista en patología, así como David Flores, Óscar Castrejón y Javier Mejía González, especialistas en anestesiología.

Otros profesionales que brindaron su tiempo fueron: Marisol Zariña, psicóloga en trastornos de la alimentación; Diana Ovalle Roldán, enfermera encargada del Servicio de Urgencias; Mónica González, enfermera del Servicio de Endoscopía, Guillermina Caudillo Toledo, enfermera quirúrgica/instrumentista; Irene Ramírez, enfermera del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos; doctora Carolina Salinas, apoyo a Investigación; Bertha Silvia Luis Maldonado, trabajadora social asignada al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva y al Área de Quemados; Fernando González Rosas, asistente de Anfiteatro, y Víctor Manuel González Morales, asistente de la jefatura de Enseñanza e Investigación. A todos ellos nuestro reconocimiento.

Merecen un reconocimiento los residentes anónimos que otorgaron sus testimonios y relatos sobre la vida institucional, sin ningún otro interés que el de dar a conocer su experiencia en el hospital. También el director del Instituto de Ciencias Forenses de la Ciudad de México (INCIFO), doctor Edmundo Takahashi, quien accedió a ser entrevistado en torno al papel del médico forense y el trabajo de enseñanza que se realiza con los cadáveres.

Le agradezco a mi hijo Alejandro Payá, cirujano ginecobstetra, cuyas charlas como estudiante de medicina inspiraron la idea de hacer este estudio sociológico sobre la práctica médica hospitalaria; además, precisó algunos conceptos médicos que aparecían en el manuscrito de manera errónea.

Asimismo, al equipo de investigación que me acompaña desde hace más de una década: Saúl Recinas, Yurixhi Quetzalli Rojas, Jovani Josué Rivera, Wendy Nicolasa Vega y Pedro Alberto Bracamonte. Cada uno de ellos me favoreció en distintas fases de la investigación con el apoyo audiovisual, la realización de entrevistas, los cuestionamientos, las propuestas, el registro de las notas de campo, la lectura de los borradores y la redacción final. Pedro Alberto Bracamonte, además, coordinó el penoso trabajo de transcripción y organización de los materiales y estuvo de principio a fin de la investigación. Invaluable es el número de horas de conversación que tuvimos durante el transcurso del trabajo de investigación, conversaciones que surgieron en los pasillos, en las salas de espera del hospital, después de cada entrevista, de cada intervención quirúrgica, a la salida de algún comité, mientras compartíamos los alimentos trabajábamos en mi casa o en el cubículo de la universidad. En cada uno de esos espacios analizamos lo que observamos (muchas veces, un mismo hecho era concebido con matices diferentes) y las notas de campo (los variados detalles que posteriormente derivaron en información relevante). Compartimos libros y discutimos propuestas sociológicas de otros au-

tores; revisamos nuestros pensamientos escritos y ajustamos en variadas ocasiones la estructura del proyecto.

Si algo caracteriza a este grupo de investigación es la reflexividad sistemática sobre la implicación y la construcción de la objetividad, que facilitó la narrativa sociológica sobre el aprendizaje médico en una institución que alberga pacientes pobres y muy graves, es decir, en un lugar de cuya dinámica el sufrimiento forma parte. Es un equipo que hace prevalecer la solidaridad sobre el individualismo posesivo, que habita disimulado en todo investigador. Todos ellos convirtieron esta experiencia etnográfica en una aventura de la que fue imposible no aprender colectivamente.

Introducción

[...] decidí que todo lo que me estaban haciendo era inútil. Imaginé que aún la mejor aguja dejaría marcas sobre mí el resto de mi vida. Esto era de por sí bastante terrible pero no era lo que importaba. Lo que me preocupaba de verdad es que no sabían cómo tratar mi problema. Lo percibía en sus discusiones y en sus modales. Vacilaban incómodos, y de algún modo desinteresados y aburridos. Finalmente no me importó lo que hicieran. Tan sólo tenían que hacer algo —cualquier cosa—, porque no hacer nada sería poco profesional. Experimentaban con los pobres y, si funcionaba, usaban el tratamiento con los ricos. Y si no funcionaba, aún había un montón de pobres para experimentar sobre ellos.

La senda del perdedor
Charles Bukowski

Éste es un libro que trata sobre la enseñanza y el aprendizaje de la práctica médica dentro del Hospital General Doctor Rubén Leñero. Para conocer los caminos por los que se transmite el conocimiento práctico de los doctores interesados en especializarse en el campo de la cirugía, requeríamos observar cómo trabajaban día a día en el hospital y qué hacían los residentes médicos para ir adquiriendo las habilidades necesarias a fin de llegar a ser cirujanos acreditados. La educación en medicina pasa por las aulas escolares, así como por la práctica clínica y quirúrgica; a diferencia de las maestrías o doctorados, que tienen un itinerario predominantemente teórico, la especialidad en cirugía se realiza residiendo en los hospitales e interviniendo sobre el cuerpo humano, con la finalidad de restablecer su salud o salvarle la vida. El quirófano no es privativo de los cirujanos, ya que también están los médicos anestesiólogos y el personal de enfermería; por eso no fueron ajenos a nuestra mirada. En cada operación el trabajo se lleva a cabo en

equipo. Conocer cómo los médicos aprenden una especialidad y transmiten sus conocimientos y habilidades a los estudiantes residentes trazó una parte de nuestra atención durante los tres años de visitas intermitentes que hicimos al hospital. Como toda investigación etnográfica, nació con determinadas inquietudes; la mayoría de ellas se mantuvieron, pero otras más se fueron incorporando durante ese lapso.

La práctica de la medicina está mediada por la dinámica hospitalaria, por su normatividad protocolaria, por la división espacial de funciones y por una infinidad de rutinas, procedimientos y actividades informales que sobredeterminan dicha práctica; es decir, el trabajo de los médicos está mediado por las relaciones burocráticas y de poder, así como por una serie de implicaciones emocionales que afectan a todos los actores involucrados. Así como se afirma que no hay enfermedades sino enfermos, podemos decir que no existe un modelo médico ideal, sino quehaceres médicos que pasan necesariamente por el filtro social e institucional. Dicho con otras palabras, en el hospital se despliega una variedad de acciones paralelas, de prácticas instituyentes, que se reiteran con regularidad y se mezclan con los protocolos y las reglamentaciones oficiales, con las prácticas instituidas, creando una compleja realidad institucional que puede analizarse como un campo de intereses encontrados, de relaciones de dominio y supervivencia, desde donde se ejerce la enseñanza de la medicina y la cirugía. Por eso estudiamos el aprendizaje de los residentes médicos considerando la dinámica institucional —enfocándonos en sus aspectos instituyentes—, como una experiencia agobiante que diariamente viven los médicos para adquirir —a fuerza de la repetición, del ensayo, del error, de la disciplina y los castigos— las destrezas y competencias para el ejercicio de la cirugía. En ese sentido no es un libro que destaque la organización formal, reglamentaria, del trabajo médico hospitalario ni una investigación que señale puntualmente los problemas que enfrenta el personal del hospital cotidianamente y cómo éstos podrían ser corregidos de acuerdo a la normatividad protocolaria del sistema de salud. Antes bien, la investigación subraya algunos momentos relevantes del quehacer cotidiano informal que tienden a reproducirse como parte de la rutina institucional y del compromiso con una profesión que obtiene su conocimiento y experiencia al tratar día a día enfermedades y lesiones derivadas de un contexto social de abandono y violencia.

El tema de la interiorización de pautas sociales como valores culturales, la educación moral, la reproducción de las tradiciones y la incorporación de habilidades ha sido estudiado por diversos sociólogos y antropólogos cuando analizan cuestiones como la *socialidad* (Georges Simmel), las asociaciones diferenciales (Edwin Sutherland), la *introyección de valores* (Talcott Parsons), los *patrones de cultura* (Ruth Benedict), el deuteroaprendizaje (Gregory Bateson), la *carrera* o las *trayec-*

torias de vida (Howard Becker, Erving Goffman, Bernard Lahire) o el *habitus* (Pierre Bourdieu). La lectura del libro *El artesano,* del sociólogo estadounidense Richard Sennett, fue central para entender cómo se adquiere el conocimiento tácito de un oficio; la manera detallada como este autor describe la importancia de la experiencia corporal, la conciliación entre la mano y el ojo y el equilibrio entre la mente y el cuerpo ilustra, por mucho, una narrativa sociológica en donde las realidades son ensambles, articulaciones, *pautas que conectan*, constituidas por minúsculos detalles que generalmente se pasan por alto.

Los estudios de la Escuela de Chicago sobre los vagabundos, los delincuentes, los músicos de jazz, los enfermos mentales o los fumadores de mariguana eran ejemplos de cómo la investigación sociológica revelaba que ninguna persona que desempeña un lugar en la estructura social había llegado ahí por casualidad, de la noche a la mañana, gracias a su fuerza de voluntad o a un talento innato. Comprender *cómo se llega a ser* o adquirir un oficio sólo es posible a partir de estudiar una infinidad de relaciones sociales y emocionales, que establecen las personas desde edades muy tempranas en su interacción familiar, y con los grupos y las instituciones en su entorno histórico-social. Las trayectorias muestran los procesos de socialización que se viven en diferentes ámbitos y situaciones que terminan por encarnarse. El agente está impregnado de la "subcultura" de los grupos y de las instituciones, de la estructura de la sociedad que traza ciertos horizontes de su razón actuante, perceptible en las maneras de presentarse, de hablar y de conducirse en cada situación social. Nos inspiramos en este espíritu sociológico para estudiar la corta —pero intensa— trayectoria institucional de los residentes médicos hacia su consagración como cirujanos especialistas.

En México los servicios de salud los proporciona el Estado. Instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atienden a trabajadores y empleados federales y a los que laboran en alguna fábrica, centro de trabajo o institución, quienes contribuyen con la aportación económica respectiva. La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) atiende a nivel federal a la población que no cuenta con alguna afiliación, de la misma forma en que la Secretaría de Salud (Sedesa) de la Ciudad de México lo hace en la capital con las personas que no cuentan con ningún tipo de servicio de salud.[1]

En la Ciudad de México el primer nivel de atención a la salud está conformado por 208 Centros de Salud. El segundo nivel está constituido por una red de 32 hospitales distribuidos de la manera siguiente: 12 hospitales generales, nueve

[1] El programa del Seguro Popular del gobierno federal es un recurso y un apoyo con el que puede contar la población más vulnerable para solventar parte de los gastos médicos.

hospitales pediátricos, ocho hospitales materno infantiles, dos hospitales toxicológicos y la torre médica de Tepepan.[2] El único hospital que pertenece al tercer nivel es el Hospital de Especialidades Doctor Belisario Domínguez".

El Hospital Doctor Rubén Leñero es el hospital general más antiguo de la red de hospitales de la Sedesa, pues se inauguró en enero de 1943. Actualmente tiene 118 camas. Los servicios que brinda para el internamiento de pacientes son: Ortopedia, Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Quemados y Bariatría. La Consulta Externa ofrece todos los cuidados anteriores más dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, reumatología, ginecología, psicología, psiquiatría, atención odontológica y rehabilitación física. Asimismo, se cuenta con áreas de apoyo como el Servicio de Urgencias, la Unidad de Cuidados Intensivos, el Servicio de Quirófanos, el Laboratorio Clínico, Imagenología, el Servicio de Endoscopia, el Servicio de Patología, el Servicio de Rehabilitación, Vigilancia Epidemiológica Intrahospitalaria y el Servicio de Nutrición. La actividad sustantiva del hospital es la atención médica a hombres y mujeres adultos con enfermedades agudas. Los servicios de Urgencias y hospitalización se ofrecen a personas mayores de 18 años, las 24 horas del día, los 365 días del año.[3]

Los jóvenes médicos del Rubén Leñero reconocen que, dada la gran cantidad de población que se atiende en este tipo de hospitales, es un privilegio que se les acepte, ya que tienen mayores oportunidades para aprender, puesto que ingresan personas con enfermedades y lesiones muy graves, consecuencia de las precarias condiciones laborales o de la pobreza en que viven.

Para lograr entrar al Hospital General Doctor Rubén Leñero, se llevaron a cabo varios trámites ante la Sedesa. Una vez aprobado el proyecto —después de siete meses de revisiones y ajustes—, se le presentó al Comité de Ética y Enseñanza del hospital, en donde fue finalmente aceptado.[4] Así, cuatro sociólogos y una psicoanalista ingresamos a la institución para observar su quehacer cotidiano y, en medio de sus faenas, empezar a platicar con el personal que labora enfrentando el dolor, la enfermedad y la muerte. No imaginábamos en ese momento que tendríamos que esperar todavía un año para ingresar a los quirófanos, y así observar cómo se enseña y transmite la práctica quirúrgica.

[2] Disponible en <www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/agenda2013_portal/inicio.html>, consultado el 19 de diciembre de 2014.

[3] Reporte de Recursos Humanos, Hospital General Doctor Rubén Leñero, noviembre de 2014, proporcionado por la doctora Xana Vázquez, jefa de Planeación y Evaluación.

[4] El Hospital General Doctor Rubén Leñero está ubicado cerca del centro de la Ciudad de México. En sus inicios era Puesto Central de Socorros de la Cruz Verde, y no fue sino hasta 1943 cuando inauguró como hospital general; a él acudían las personas con los padecimientos más graves, de ahí que también se le conociera como un "hospital de sangre".

Investigar el *habitus* médico directamente sobre el terreno fue el objetivo que articuló parte de esta investigación. El razonamiento sociológico ha insistido en que no se puede estudiar un gesto, una frase o una práctica aislada de su contexto, lo que implica la necesidad de observar secuencias, interacciones, testimonios de los diversos agentes en situación. La posibilidad de resolver la investigación únicamente con testimonios es muy atractiva, si pensamos que es relativamente fácil contactar a los médicos por medio de familiares, amigos y conocidos, para solicitarles una entrevista e ir ampliando la "muestra" gracias a la técnica "bola de nieve". No obstante, en el tema de las trayectorias y del *cómo se llega a ser* la discusión sociológica gira precisamente en la dificultad de expresar con detalle todos los ejercicios, reiteraciones, errores y regaños que suceden mientras se aprende en equipo. Conocer cómo se van moldeando la mente y el cuerpo para dominar determinado oficio es un reto. Si se interroga a un herrero, a un carpintero o a un médico cómo es que aprendió lo que sabe hacer, lo más seguro es que responderá que trabajando con mucho esfuerzo, sin rendirse ante la adversidad; si es un poco más detallado, referirá que inició con trabajos simples y que poco a poco se le fueron delegando mayores responsabilidades, y tal vez proporcione uno o dos ejemplos de ello; después, será difícil continuar la charla en esa misma línea.

Esta dificultad "del decir sobre el hacer" (Bernard Lahire) se vive con cierto dramatismo en las universidades que exigen a sus alumnos realizar investigaciones de calidad, aunque su planta docente muestre serias dificultades para transmitir todos los pros y los contras que significa llevar a cabo una investigación científica; en su lugar, se exponen reconocidos ensayos acerca del método científico y se proponen abstractos y rigurosos esquemas, con objetivos e hipótesis donde priva una formalidad en ocasiones fuera de toda experiencia práctica. Tales lecciones difícilmente incluirán temas como el uso crítico de la teoría; las dificultades encontradas durante la intervención sobre el terreno; la importancia de la construcción sistemática del problema de investigación; la adecuación día a día de los métodos y las técnicas de recolección de información, y el no menos importante problema sobre el papel de la implicación del investigador y la objetividad.

La sociología es un oficio que requiere una reflexión sistemática sobre su quehacer científico a partir de la experiencia empírica; la imaginación sociológica es fruto de la artesanía intelectual (Wright Mills) que, a diferencia de ciertos ejercicios conceptuales, tiene un sentido práctico (Pierre Bourdieu). Las categorías ordenan y articulan; su significado lleva la marca de origen del autor o de la disciplina, pero también son puestas a prueba con la realidad; los conceptos no están predeterminados, sino que son construidos, vueltos a significar, en este vaivén entre pensamiento y acción. La teoría y la categorización crítica son básicas para toda etnografía. El resto lo podemos resumir en palabras de Piero Brunello, cuando

refiere a lo que se necesita para llevar a cabo un buen reportaje: "unos buenos zapatos y un cuaderno de notas". Sin duda, la cámara fotográfica, la grabadora o la videocámara son recursos técnicos importantes, pero es el ojo del sociólogo y el cuaderno de notas lo que orientará el proyecto de investigación. El diario de campo contiene el contexto en que ocurrieron hechos tales como los testimonios, la toma fotográfica, los apuntes, las dudas e interrogantes, las ansiedades, los errores, las bromas, los rechazos. En síntesis, el cuaderno de notas permite ubicar las circunstancias de los sucesos e incluso la variedad de errores que comete el investigador, un ejemplo de lo anterior es la nota de campo siguiente:

> Ayer 15 de noviembre intervinieron en el quirófano a un anciano que se le veía una protuberancia en el centro del abdomen. Padecía del VIH. El médico residente de tercer grado (R-3), coordinó la cirugía apoyado en dos médicos residentes de segundo grado (R-2) y una médico residente de primer año (R-1) bajo la supervisión del médico cirujano adscrito. El R-3 regañaba constantemente a la R-1 que cometía errores al momento de suturar. Alberto y Quetzalli platicaban con el anestesiólogo, justo detrás del paciente, quien los escuchaba, pues no estaba del todo dormido. El anestesiólogo se refería a un enfermo en estado grave que estaba en la entrada del quirófano que requería plaquetas pero que, aun si las lograba obtener era muy probable que muriera. El anciano que estaba siendo intervenido abría muy grande los ojos, pensando que se hablaba de él. Al percatarse los etnógrafos de la inquietud del paciente, le explicaron que se trataba de otra persona.[5]

Cada nota puede revelar diversas cuestiones, como el ambiente del lugar, el tipo de pacientes que ingresan, las jerarquías y los tropiezos involuntarios del investigador. Durante el desarrollo de cada escenario descrito, destacamos aspectos relacionados con los temas propios del capitulado, pero es natural que el lector perciba otros más que le brindarán al final del libro una visión integral en torno a la atmósfera de trabajo que prevalece en el hospital. El sociólogo observa las relaciones de intercambio que establecen las personas en las diversas situaciones que viven, las actividades que realizan, las formas en que se apropian de los espacios, el valor que les atribuyen a los objetos, las maneras de hablar, el tono, los gestos y los rituales garantes de la reproducción de las prácticas sociales e institucionales que le otorgan un sentido a la realidad en un momento determinado.

Como decíamos, esta investigación bien pudo realizarse únicamente por medio de entrevistas a médicos fuera del hospital, pero el reto era verlos trabajar directamente con sus pacientes, conocer sus puntos de vista durante el desarrollo de su labor como docentes, practicantes y jefes de servicio, o directamente inter-

[5] Notas del Diario de Campo.

viniendo con las personas enfermas o lesionadas en el quirófano. Visitamos durante tres años —de manera intermitente— el hospital; al principio, y debido a la organización interna conformada por cada una de las áreas y servicios que se brinda a los usuarios (Consulta Externa, Medicina Interna, Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófanos, Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Plástica), no pudimos acceder con facilidad a todos esos espacios que estaban literalmente custodiados por las enfermeras y bajo la responsabilidad de un médico en jefe, los cuales podían impedir nuestro paso si así lo decidían, como sucedió en el turno matutino del Servicio de Urgencias. Actuamos siempre con cautela. Circulamos por los patios, los distintos pasillos y las salas de espera en busca de información de algún hecho relevante, o propiciando el encuentro con algún médico para entrevistarlo. Así, logramos acceder a todos los servicios del hospital. Las primeras semanas fueron de una inmensa sensación de futilidad; nuestras notas, como es natural, registraban hechos aislados que no hacían mucho sentido. Caminar o quedarse situado en algún lugar, mientras el personal trabaja con personas enfermas o lesionadas, provocaba una sensación de ser un obstáculo de la que difícilmente nos libramos del todo hasta el final de la investigación.

La dinámica absorbente del hospital provocó que en su mayoría las entrevistas programadas con los médicos fueran canceladas o pospuestas, para nuevamente ser canceladas. Aquellas que se llevaron a cabo en el lugar y tiempo previstos adquirieron un tono de formalidad, acorde al trabajo que se debe realizar en el hospital de manera intachable. Cuando se nos invitaba a ver un "pase de visita" médica, éste se desarrollaba de manera ideal, cada pregunta realizada por el médico adscrito —sobre la condición y la evolución de los pacientes— era respondida con prontitud por los residentes, sin falla o regaño alguno. La grabadora expuesta causaba que las personas fueran demasiado cuidadosas con lo que decían; en cierta ocasión provocó el enojo de un médico que formaba parte del personal directivo, quien prohibió nuestro ingreso al Comité de Bioética, por considerar que los asuntos internos del hospital no debían ser ventilados con extraños, aduciendo que *la ropa sucia se lava en casa*.

Sobre el uso de la grabadora, no hay regla escrita, como no la hay en muchas otras cuestiones más en el trabajo etnográfico; todo depende del lugar, el tipo de informantes, de la pertinencia del momento, etc. En el interior del hospital la grabadora, si no causaba animadversión, limitaba en demasía los testimonios a un discurso formal; por ello, se decidió ocultarla. El aparato funcionaba casi todo el tiempo, lo que implicó la depuración de muchos "tiempos muertos", es decir, situaciones, ruidos o pláticas no necesariamente relevantes para la investigación. El material seleccionado surgió de "charlas improvisadas" que revelaron temas que de otra manera seguramente no hubieran surgido. El objetivo de nuestro trabajo

de investigación no parte de la crítica o la denuncia, sino de entender el sentido de la acción situada. Las revelaciones de ciertos testimonios que forman parte de la vida dentro del hospital deben explicarse en calidad de fenómenos sociológicos y no únicamente como problemas de buena o mala fe de los agentes participantes. Una broma o una mala palabra descrita fuera de contexto pueden aparecer como algo chocante, irresponsable o de mal gusto; no obstante, sabemos que éstas pueden cumplir determinadas funciones o responder a ciertas necesidades situacionales, como lo ha mostrado la sociología clásica. La cuestión más importante fue respetar el anonimato de las personas como agentes ubicados en una estructura institucional, facultados para reproducir ciertos protocolos formales y también prácticas que se cultivan desde los intersticios de la organización hospitalaria y que reproducen un campo siempre en disputa.

Entrevistamos a administrativos, custodios y policías; familiares y pacientes; funcionarios, intendentes, jubilados y proveedores de materiales, y obtuvimos un total de 42 testimonios. Por el lado de los servicios médicos, contamos con las grabaciones siguientes: Anestesia, 12; Bariatría, 5; Cirugía General, 12; Cirugía Plástica, 5; Endoscopía, 3; Enfermería, 11; Medicina Interna, 12; Nutriología: 1, Oftalmología, 1; Ortopedia, 5; Patología, 10; Psiquiatría, 2; Rehabilitación, 1; Trabajo Social, 3; Unidad de Cuidados Intensivos, 6; Urgencias, 8; Quirófanos, 2.

Un año después de establecer contacto con gran parte de médicos y personal del hospital, conseguimos la confianza y los permisos para ingresar en el Servicio de Quirófanos con equipo audiovisual (video, cámara fotográfica, grabadora). Casi todos los médicos mostraron una actitud abierta y colaborativa con el equipo de trabajo. Durante las intervenciones quirúrgicas se filmaba de manera intermitente, se tomaban fotografías, y durante algunas pausas se lograba platicar con el equipo médico, de enfermería y técnico que participaba. Observamos un total de 36 intervenciones distribuidas de la manera siguiente: Bariatría, 1; Cirugía General, 11; Cirugía Plástica, 5; Ortopedia, 13; Ginecología, 3; Oftalmología, 1; Endoscopía, 2. Finalmente, contamos con aproximadamente tres mil fotografías de los diversos instantes que se viven dentro del hospital y cientos de notas del Diario de Campo.

La investigación está dividida en cinco capítulos. En cada uno resaltamos algunas situaciones institucionales que consideramos relevantes para dar cuenta de la vida en el hospital, la mediación del contexto social en las relaciones médico-paciente, la educación especializada bajo el modelo de la residencia en el hospital, la importancia del quirófano en la conformación del *habitus* del cirujano y la organización institucional de la muerte. Es inevitable la selección de los materiales (forma parte del "acotamiento" del objeto de estudio) con la virtud de

ser lo suficientemente ilustrativos para que el lector imagine las variaciones que pueden existir en cada uno de los temas; aun así, estamos conscientes de que dejamos fuera muchos otros hechos de relevancia. Se podría realizar un libro únicamente de las formas de hablar en el universo médico, de las analogías del cuerpo con la máquina, de las funciones sociales de las bromas, y seguramente alguien nos señalaría alguna ausencia interesante. Tratamos de articular lo mejor posible esta realidad médica que prevalece bajo condiciones de semicautiverio institucionalizado; creemos que el trabajo abre la posibilidad de llevar a cabo nuevos estudios que enriquezcan las condiciones de enseñanza, transmisión y aprendizaje y, por ende, de la adquisición del *habitus* médico.

Capítulo 1
Dinámica y vida cotidiana dentro del hospital

Preveo la entrada del sociólogo en el mundo de la medicina, no porque el sociólogo pueda enriquecer al médico o enfermera con información acerca de la organización y las estructuras sociales, sino porque ese mundo es tan social desde sus valoraciones de status jerárquicamente organizadas hasta la actividad de observar por el microscopio y anunciar un descubrimiento, como cualquier otro dominio de la actividad humana colectiva.

La organización social de la muerte
David Sudnow

La organización hospitalaria y sus servicios: encuentros y desequilibrios

El Hospital General Doctor Rubén Leñero se encuentra ubicado en la calle de Plan de San Luis, esquina con Salvador Díaz Mirón, en la colonia Santo Tomás, en la alcaldía Miguel Hidalgo, de la Ciudad de México. A un costado, se encuentra la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN). El hospital colinda con un Centro Especializado en Diabetes, y a unos cien metros, sobre la calle de San Luis, está el Hospital de la Mujer. Es una zona de mucha actividad, principalmente por las mañanas en donde se deja ver la vendimia ambulante de bebidas y alimentos. Es común la falta de espacio para estacionar los vehículos; alrededor del hospital, los lugares son ocupados por médicos adscritos y residentes, así como por el personal que trabaja en la institución; hay un ir y venir continuo de estudiantes de medicina, de enfermeras y de quienes van a solicitar consulta o visitar a sus enfermos. Este movimiento continuo de personas —muchas vestidas de blanco— forma parte del panorama del lugar.

Fotografía 1



Llegada de residentes al Servicio de Medicina Interna.

El hospital tiene tres entradas, todas custodiadas por la Policía Bancaria y Comercial: la primera, destinada a la Consulta Externa, por donde ingresa todo el personal del hospital, así como aquellas personas que tienen cita para ser atendidas; por aquí también entra la visita familiar. Frente a la puerta es común ver estacionadas camionetas de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario, que trasladan a los internos enfermos de los diversos reclusorios de la Ciudad de México. En la segunda puerta se recibe a las personas que quieren obtener una cita médica; aquí es común observar largas filas de gente que espera su turno para ser atendida. Esta entrada cuenta con una explanada en donde se puede observar el busto en bronce del doctor que otorga el nombre al hospital, famoso entre otras cosas por atender al que fue uno de los líderes más importantes de la Revolución rusa y jefe del ejército rojo, León Trotsky.[6] La tercera puerta se ubica sobre la calle Salvador Díaz Mirón. Los autos particulares y ambulancias que llevan personas lesionadas o graves de salud ingresan por un portón que conduce directamente al Servicio de Urgencias; también por aquí entran los vehículos de los médicos que tienen algún cargo directivo en el hospital, ya que unos metros más adelante hay un estacionamiento exclusivo para ellos. Como únicamente se permite la entrada de un familiar al hospital para acompañar al convaleciente, el resto de los familiares y amigos esperan en la calle, por lo que es usual ver a personas sentadas —o

[6] “La muerte de Trotsky”, en *Secretaría de Salud del Distrito Federal 100 años*, México, Bayer HealthCare-Bayer Schering Pharma, Talleres de Chromatos, 2009, pp. 168-172.

incluso acostadas— sobre la banqueta.[7] Frente a esta puerta todos los días hay alguna patrulla o ambulancia estacionada, y de vez en cuando una que otra carroza fúnebre esperando la oportunidad para ofrecer sus servicios.

> *Los científicos sociales perderán el rumbo si aceptan las mentiras que las organizaciones dicen acerca de sí mismas. Si, por el contrario, buscan lugares donde las historias contadas no se sostengan, acontecimientos y actividades que los voceros de las organizaciones ignoren, oculten o rehúyan, encontrarán una riqueza de cosas que incluir en el corpus del material a partir del cual habrán de construir sus definiciones.*
>
> *Trucos de oficio*
> Howard Becker

Los hospitales del gobierno de la Ciudad de México se dividen por servicios y especialidades. La especialidad puede ser sobre un *tipo de enfermedad*, como el cáncer; un *órgano del cuerpo*, como el cerebro, el corazón o el riñón; una condición de edad, como la vejez o la infancia o un *estado de salud*, como el traumatizado, la embarazada o el quemado. Los médicos trabajan así con familias, niños, viejos, cadáveres, fracturados, lesionados, incapacitados, etc. Formalmente, el Hospital Doctor Rubén Leñero no es denominado como uno de urgencias médicas, sino como un hospital general que incluye diversas especialidades. Es un hospital de enseñanza reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la cual otorga los títulos de especialista. El Hospital Rubén Leñero, asentado cerca de los llamados "puntos rojos" de violencia social y delincuencial, recibe diariamente pacientes muy graves que requieren atención urgente, pues de lo contrario su vida correría peligro. En la práctica es un hospital con gran demanda de atención de un sector de la población carente de servicios de salud estatal o de seguros de gastos médicos privados. La población hospitalizada es obligada a afiliarse al Seguro Popular (un seguro universal proporcionado por el Estado) con la finalidad de que éste cubra parte de los gastos médicos. La otra forma de pago es por medio de las donaciones de sangre de los familiares y amigos del enfermo.

[7] "Algunas personas pasan la noche acostadas sobre cartones y amanecen en la calle. Forman parte de la vida cotidiana del hospital. Hay familias que esperan sentadas en algún escalón de la puerta de entrada o en la banqueta de la calle, cargando niños pequeños, ingiriendo algún alimento, llevando siempre consigo bolsas de plástico con papel higiénico, ropa, botellas de agua, alimentos o alguna cobija". Notas del Diario de Campo.

> *[…] en las fotografías de los años treinta [existe] una jerarquía —o escala— estratificada de asientos: la banqueta, el escalón, la escalera de entrada de la casa, la silla, la mecedora. La banqueta es lo más bajo entre lo bajo. Después de eso ya estás francamente en la calle. Sin escalones o banqueta sólo puedes acuclillarte.*
>
> *El momento interminable de la fotografía*
> Geoff Dyer

Los hospitales son catalogados por niveles y especialidades; primero, están los Centros de Salud o Unidades de Medicina Familiar, que tienen contacto directo con la población para su atención médica básica, la cual no requiere de hospitalización. Los hospitales de segundo nivel, como el Rubén Leñero, brindan consultas para el diagnóstico de enfermedades delicadas que requieren hospitalización o cirugía para su resolución, los cuales no necesariamente son urgencias reales. Los de tercer nivel son de alta especialidad y cuentan con equipos médicos sofisticados para el tratamiento de enfermedades de mayor complejidad y altos costos (como la leucemia o la esclerosis múltiple). Durante el periodo en el que se llevó a cabo esta investigación el personal del hospital estaba conformado de la manera siguiente: 233 médicos (25.3%); 313 enfermeras y enfermeros (33.98%); 139 paramédicos, trabajadoras sociales, técnicos y personal de cocina (15%); 156 trabajadores con funciones administrativas (17%), y 80 trabajadores de servicios generales (nueve por ciento).[8]

FOTOGRAFÍA 2



Doctor Alejandro Baeza. Servicio de Medicina Interna.

[8] Reporte de Recursos Humanos, Hospital General Doctor Rubén Leñero", noviembre de 2014, proporcionado por la doctora Xana Vázquez, jefa de Planeación y Evaluación.

Cada hospital de la Ciudad de México cuenta con sus propias especialidades, de manera que, cuando una persona es conducida en ambulancia, la radio central le indica a cuál dirigirse en función de la lesión o enfermedad, para evitar un nuevo traslado. Recordemos que ninguno de los hospitales del Sistema de Salud de la Ciudad de México brinda todos los servicios, si bien se denominan "hospitales generales", por lo que cada unidad se distingue por determinadas especialidades. El hospital es un lugar para la enseñanza; recibe cada año en promedio 340 alumnos de la carrera de medicina de diferentes escuelas públicas y privadas para los cursos de: Introducción a la Clínica, Ortopedia y Traumatología, Urgencias, Hematología, Terapéutica Médica, Gastroenterología y Dermatología.

El hospital es sede de las especialidades médicas de cirugía general y cirugía plástica y reconstructiva, y es parte de las rotaciones de las especialidades de ortopedia, anestesia, urgencias, medicina legal y patología. Rota al año un promedio de 40 médicos residentes de alguna de las especialidades anteriores y de los diferentes grados. Se reciben también rotaciones de alumnos cuyas sedes son hospitales de provincia. El hospital recibe al año en promedio 600 estudiantes de enfermería de escuelas públicas y privadas para prácticas clínicas de carreras técnicas, de licenciatura y de cursos postécnicos. Finalmente, el Hospital Rubén Leñero recibe prestadores de servicio social en sus distintas áreas, como en Laboratorios Clínicos, Radiología, Nutrición, Optometría, Psicología, Rehabilitación, etcétera.[9]

La institución como parte de la red de hospitales del sistema de la Secretaría de Salud (Sedesa) de la Ciudad de México cumple con los lineamientos ordenados por la Secretaría de Salud (SSA) a nivel federal. Entre estas normas se incluye la institución de comités, como el de Enseñanza, Bioética y Mortalidad; la institucionalización de las residencias médicas; la aplicación de políticas de prevención, el cumplimiento de estándares de eficiencia en la atención médica, etc. Las instituciones no sólo responden a factores externos, sino también a su propio funcionamiento interno, conformado por las distintas lógicas e intereses, por los conflictos particulares, así como por los objetivos y los programas que se tienen que cumplir.

La dinámica del hospital, como la de cualquier otra institución, puede alterarse en momentos de crisis, por ejemplo, cuando existe alguna tragedia.[10] Las organizaciones no son impermeables a su entorno social, cultural y político; muchos de sus lineamientos responden a estas exigencias y viceversa: hay hechos internos que inciden sobre la opinión pública, por ejemplo, la muerte de un paciente

[9] *Idem*.

[10] El 29 de enero de 2015 tuvo lugar una explosión de gran magnitud en el Hospital Materno Infantil de la delegación Cuajimalpa. Inmediatamente, el Hospital Rubén Leñero tomó las medidas preventivas para el recibimiento de posibles personas quemadas.

por un descuido, un movimiento de protesta del personal médico, la denuncia pública por falta de atención médica, el robo de un bebé o el incumplimiento de algún protocolo de intervención que violente los derechos del ciudadano. No debe perderse de vista que la interacción dentro del hospital está guiada por la normatividad instituida reforzada por los diversos protocolos establecidos oficialmente, pero también por todas aquellas actividades informales que se consideran eventualidades aparentemente sin importancia, que derivan de la dinámica de los grupos y contribuyen al espíritu de la institución, como veremos más adelante.

FOTOGRAFÍA 3

Código de urgencias.

Al recorrer las instalaciones del hospital por las tardes y noches, se observan las áreas administrativas cerradas, sin luz, al igual que los gabinetes para consulta externa; las oficinas, los consultorios y las salas de espera vacías le recuerdan al sociólogo que las instituciones son algo más que el espacio arquitectónico. Incluso, se percibe cierta calma en las áreas de hospitalización, custodiadas en la entrada por el personal de enfermería.[11] El contraste está en el servicio de urgencias y en

[11] Esto no significa que no exista vida social por las tardes y las noches. Los pacientes suelen platicar entre ellos mientras les sirven los alimentos, reposan en sus camas o caminan en los

el área de quirófanos, que tienen una vida intensa; ambos servicios son como el corazón y el cerebro de la institución: siempre hay movimientos muy agitados, y aunque algunas veces se observa calma y tranquilidad, son espacios donde el flujo de personas es constante. El ingreso de autos particulares o de ambulancias que llevan algún lesionado habla de la violencia que se vive en las calles, de la inseguridad en el trabajo, de los conflictos entre las personas. Los fines de semana y los días de celebración nacional, como el 15 de septiembre o el 24 de diciembre, se aplican los protocolos de prevención establecidos por la Sedesa, ya que se espera que lleguen a los hospitales más lesionados por trifulcas, quemaduras o accidentes. Lo mismo sucede si acontece alguna tragedia, como un terremoto o alguna explosión.


FOTOGRAFÍA 4



Ingreso de ambulancia.

Cada uno de los servicios que integran el hospital responde a diferentes tipos de atención brindada a los pacientes por el personal médico. Los servicios son parte primordial para la formación especializada de los educandos que residen en el lugar. Los programas universitarios consideran la rotación de médicos y enfermeras para cada uno de los servicios, con la finalidad de que conozcan los diversos

pasillos; conversan acerca de las causas de su ingreso y otras cuestiones, como es natural. Algunas veces intervienen en las charlas los propios policías que los custodian. El personal voluntario les deja revistas que suelen leer para matar el tiempo. Las quejas son escuchadas por todos los hospitalizados, quienes también se percatan de los eventos médicos, como cuando alguien sufre un paro respiratorio o incluso fallece, lo que altera emocionalmente el momento.

aspectos de la práctica médica, así como el funcionamiento administrativo del paciente internado. Si bien el médico enfrenta una importante responsabilidad en todas las áreas, algunas de ellas trabajan bajo mayor presión y estrés, por lo que su personal requiere de un carácter firme y enérgico; así lo mencionan las personas que laboran en Urgencias, Terapia Intensiva o Quirófanos.

La mayoría de las veces la práctica médica exige revisar y palpar el cuerpo del paciente directamente con las manos mediante instrumentos especiales para observarlo y escucharlo más detalladamente. En los casos más graves, el cuerpo puede ser abierto por los cirujanos para tratar de reparar el daño y sanarlo. Cuando no se cuenta con un diagnóstico preoperatorio, pero existe una duda razonable, se realiza la cirugía, porque, como afirman los médicos, *ante la duda, no hay duda*.

Los servicios son una manera de resolver integralmente la atención de las diversas condiciones y estados del cuerpo enfermo. El modo como nace cada uno de ellos forma parte de la historia de la medicina, de una genealogía cuyas vetas muy lejanas han dado forma, poco a poco, a fuerza de ensayo y error —fruto de la impotencia y la experiencia práctica—, a los modelos de atención especializada que dejan visibles sus huellas en el funcionamiento actual de los hospitales:

> En ninguna otra enfermedad se produce tan a menudo la muerte súbita como en el infarto al corazón. El hombre ha tenido que mirar esta muerte a los ojos y arrojarle el guante. Delimitó el campo de batalla y le dio el nombre de Unidad de Cuidados Intensivos. Se presentó allí armado de los aparatos médicos más sofisticados y de fármacos potentes. Empezó a prestar oídos a los pasos de la muerte que se avecina y rastrear su llegada a las cintas de los electrocardiogramas. Aprendió a reconocer algunos de sus augurios, lo cual le permitió eludir a veces un final inapelable. Ha llegado tan lejos en su temeridad que rodeado de aparatos titilantes y fosforescentes, parapetado detrás de la electrónica, ha invadido unos territorios de los que hasta la fecha no se podía regresar. Ha intentado rescatar de las manos de la muerte a quien ésta ya se había llevado, devolver la vida a los que la habían perdido de imprevisto. Ha comprobado que de vez en cuando esto es posible, y que la destreza y la porfía del médico y de la enfermera valen más que la más rebuscada de las máquinas.[12]

La complejidad del cuerpo humano ha llevado a la especialización del conocimiento, a conocer mucho más de una parte, a costa de saber menos respecto al todo; de ahí que el cirujano especialista, que necesita dominar cada vez más los misterios de la enfermedad y del funcionamiento del cuerpo humano, se interese

[12] Andrzej Szczeklik, *Catarsis. Sobre el poder curativo de la naturaleza y el arte*, Barcelona, Acantilado, 2013, p. 51.

ahora por una subespecialidad. El médico especializado en oftalmología elige ahora estudiar la córnea; el cirujano plástico se "subespecializa" en la mano, el ginecobstetra decide dedicarle unos años más al problema del cáncer ginecológico, etcétera.[13]

Las especialidades miran el cuerpo humano como una máquina compleja y enigmática en la que cada una de las piezas, engranes, cables o tuberías se interrelacionan e influyen recíprocamente. El médico observa el cuerpo a partir de la entrada y salida de fluidos que circulan a determinada presión y temperatura, de tal suerte que —como un contador que compara el "debe" con el "haber"— calcula, calibra, lucha por mantener una homeostasis. El cuerpo, conformado por una serie de órganos y piezas que cumplen determinadas funciones y responden a necesidades vitales, es equiparado a una maquinaria a la que es posible reparar, incluso utilizando materiales propios y ajenos, como tejidos y partes sanas, para sustituir aquellas otras enfermas o dañadas. Las herramientas de los cirujanos ortopedistas sorprenden por su semejanza con las del herrero o el carpintero: taladros, martillos, placas metálicas, tornillos, soleras perforadas, clavos, fijadores, alambres, machuelos, pinzas de corte. Dichos instrumentos tienen un acabado metálico o cromado brillante, que los destaca de aquellos utilizados por trabajadores de otros oficios, mucho más rústicos. Las herramientas de los médicos llevan el nombre de quien las inventó —epónimos—, en virtud de ser sus herederas legítimas: disector de Adson, regla de Zimmer, separadores de Bennet, pinzas de Kocher, clavo de Kuntscher, separador de Hibbs, etcétera.

Las instituciones de salud se ven constantemente influidas por las políticas públicas; un ejemplo es el apoyo que recibió el Hospital Rubén Leñero de parte del gobierno local para instaurar el programa sobre la obesidad mórbida, con lo cual se creó Servicio de Bariatría. Se proporcionó a un grupo interdisciplinario de especialistas un espacio de atención, aunque formalmente la especialidad no está acreditada por la UNAM, así como un quirófano destinado para la intervención

[13] Se parte de una base técnica del conocimiento que conduce a la creación de distintas especialidades, como dice Rodney Coe: "La creciente especialización es quizá más evidente en la medicina que en ningún otro campo. Según la ciencia médica, continúa desarrollándose y aparecen nuevos logros diagnósticos y terapéuticos, existe la tendencia en algunas áreas especializadas de la medicina a diferenciarse cada vez más en subespecialidades. Algunas de ellas están basadas en partes o funciones diferentes del cuerpo, como en el caso de la cardiología; otras en enfermedades específicas, como la diabetes; otras se basan en una clase especial de enfermos, como la pediatría; algunas se diferencian por técnicas especiales, como la cirugía vascular, etc. Cualesquiera sean las bases de especialización, está claro que esta evolución ha mejorado considerablemente la calidad de la asistencia técnica, pero al mismo tiempo hace necesarios esfuerzos coordinativos, cada vez mayores, para proporcionar al enfermo una asistencia total". Rodney M. Coe, *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza (AU, 55), 1984, pp. 220-221.

FOTOGRAFÍA 5



Las escaleras.

laparoscópica, técnicamente equipado con monitores y computadoras, casi un nicho aparte del resto de los servicios del hospital. Curiosamente, el Servicio de Bariatría muestra de forma acentuada lo que el resto de los servicios son: un espacio de atención médica especializada que tiene su propia dinámica interna, con sus particulares reglas del juego, con la finalidad de garantizar un estándar de eficiencia.[14]

Cada jefe de servicio imprime un estilo propio al trabajo que realiza y defiende su espacio de cualquier "intrusión" por parte de otras áreas; paradójicamente, requiere el apoyo de las mismas por medio de una serie de protocolos, como el pase de visita o la interconsulta (que autoriza el traslado del paciente). Otros agen-

[14] En este mismo tenor comenta el jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos: "Aquí, en Terapia Intensiva, abordamos los problemas en forma multidisciplinaria: médicos, residentes, enfermeras, estudiantes de medicina física y personal de inhaloterapia. Hay principios éticos y se trabaja bajo protocolos, para que nadie pierda el interés. Los principios son: uno, todos aprendemos de todos; dos, a nadie se le pone en evidencia si no sabe algo; tres, todos participan; cuatro, al paciente se le trata como 'el jefe de Servicio'. Los protocolos de calidad están relacionados con la seguridad. Los estudiantes de Medicina Física tienen protocolos de revisión. Las reglas y protocolos son: nadie toca al paciente si no lo conoce; los médicos y las enfermeras deben estar al corriente con el expediente y ambos presentan los casos; la atención al paciente incluye el trato con los familiares, lo que implica comprender al paciente en su contexto biológico, psicológico y social. Lo anterior facilita que todos se involucren, conozcan integralmente al paciente y no se conviertan en tecnócratas". Fragmento de una entrevista al jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

tes también participan: Nutrición elabora la dieta adecuada en función del tipo de pacientes (quemados, diabéticos, etc.), mientras que Trabajo Social contacta con los familiares, lleva a cabo estudios socioeconómicos y está al tanto de las donaciones de sangre o de las visitas familiares. Lo mismo puede decirse del Servicio de Enfermería, que tiene relación con todos los pacientes, aunque buena parte de su personal, por costumbre, tiende a estabilizarse en el servicio que labora. De esta forma se puede afirmar que existe un movimiento interno propio de cada servicio enmarcado en la estructura institucional que obliga a conectar a cada uno de ellos entre sí.

FOTOGRAFÍA 6



Reparto de blancos.

El Hospital Rubén Leñero brinda la atención médica por medio de la Consulta Externa y el Servicio de Urgencias. Dicha atención se ofrece mediante los consultorios donde los médicos especialistas atienden a la población que así lo solicita. El Servicio de Urgencias recibe tanto a personas que han sufrido algún evento violento (heridas por bala, cuchilladas, fracturas) como a personas que padecen algún malestar; cuenta con un protocolo llamado Triage,[15] el cual, con base en una escala de colores (rojo, naranja, amarillo, verde y negro), valora el estado de gravedad del paciente para clasificar el trastorno o la urgencia y así decidir el tipo de intervención médica con la finalidad de estabilizarlo y enviarlo a casa o, en

[15] El Triage es un protocolo proveniente de las guerras napoleónicas para valorar y hacer una selección en el campo de batalla de los soldados que aún pueden combatir y distinguir a aquellos que están incapacitados para seguir y requieren atención médica. El protocolo se utiliza para determinar la gravedad de las lesiones a fin de programarlas en una escala de prioridad de atención.

su defecto, hospitalizarlo. En el Servicio de Urgencias las personas son evaluadas y filtradas para saber si la urgencia es “real”, con el fin de brindarle la atención pertinente.[16] Al respecto, comenta un cirujano plástico:


FOTOGRAFÍA 7



Donaciones.

> El Servicio de Urgencias tiene distintos médicos, uno de ellos es el “médico filtro”, que direcciona al paciente. Los urgenciólogos están en el área de choque y tienen que estabilizarlo. Hay médicos que se encuentran en las áreas de observación atendiendo a las personas graves, y otros se encargan de las lesiones menores. Todos identifican el problema del paciente y, si requiere, por ejemplo, de cirugía plástica, piden la interconsulta. El servicio se da fundamentalmente por la mañana. Hay dos niveles de contacto: uno es cuando cada servicio envía a un médico para valorar a los pa-

[16] El paciente puede “sentir” mucho malestar y dolor, por lo que demanda que se le atienda urgentemente, no obstante, y a pesar de lo que sufre, no necesariamente corre peligro su vida (por lo tanto, no es realmente una urgencia), y viceversa: es posible que no presente dolor y que esté en juego su vida (urgencia real). Al respecto, comenta el doctor Ramón Salvador, jefe de Quirófanos: “en todo el planeta hay dos urgencias reales: las respiratorias y las hemorrágicas; en ambas se ingresa al paciente inmediatamente al quirófano, no se le va a preguntar: ‘¿qué desayunaste hoy?’. Yo soy el filtro. A mí me corresponde ver que el paciente entre en las mejores condiciones y que el expediente esté completo. Los médicos que visitan al paciente le dan un puntaje de riesgo que va desde leve hasta severo; es decir, que parte desde que no le pase nada al paciente, hasta que éste se pueda morir. Con base a este riesgo se programa la intervención quirúrgica”. Fragmento de una entrevista a un anestesiólogo.

> cientes y, el otro es por medio de la interconsulta. Las solicitudes son horizontales, de servicio a servicio, y todos los médicos pueden hacerlas. Si, por ejemplo, se observa que el paciente es diabético, se pide el Servicio de Interconsulta con Medicina Interna para una evaluación. Al internista se le entregan los exámenes básicos para justificar la petición de la interconsulta. El médico puede ir directamente al servicio para brindar la atención o darla en su propio servicio. *El criterio y el conocimiento de cada médico* es el que indica la necesidad y la forma de la interconsulta.[17]

Entrar en el hospital es entrar a un tiempo propio de la institución; el Servicio de Urgencias no es la excepción, especialmente por la cantidad de variables y contrastes que se presentan durante el flujo de ingresos. En efecto, es común ver circular en el patio de urgencias ambulancias, taxis y autos particulares; las primeras regularmente traen a personas con lesiones relacionadas con la violencia, mientras que los segundos traen a personas con dolencias severas o traumas. El ritmo en urgencias varía: los días viernes, sábado y feriados el flujo de lesionados relacionados con accidentes y crímenes aumenta de forma considerable. Los médicos y residentes que se hallan en este servicio muchas veces son increpados de forma airada por parte de los familiares de pacientes, quienes atraviesan por la angustia de ver a su allegado con dolencias u otros signos más visibles como sangrado, fracturas, raspones y golpes. Sin embargo, muchos de estos casos no son catalogados como urgencias, como sí lo son los pacientes quemados o baleados, que suelen presentar lesiones más graves.

Urgencias es un servicio que administra sus tiempos y recursos: lo prioritario es atendido y lo secundario puede esperar. El jefe de Urgencias reconoce que existen problemas como la falta de recursos humanos para llevar a cabo las interconsultas, mientras que el jefe de Medicina Interna afirma que muchos de los casos que llegan a Urgencias y que saturan el servicio se pueden resolver en el momento, por ejemplo, aplicando a los enfermos insulina, hidratándolos o enyesando algunas fracturas leves. Un buen diagnóstico puede igualmente prescindir de los análisis de laboratorio que prolongarían un recorrido burocrático innecesario. El Servicio de Urgencias tiene que seleccionar a los pacientes graves que atenderá primero; el resto queda a la deriva del tiempo, momentáneamente abandonados: son pacientes que dormitan o están con la mirada perdida en la sala de espera. El ir y venir de los médicos residentes es continuo, algunos de ellos realizan procedimientos tales como vendajes, limpiezas o registros burocráticos, sin ninguna premura, hasta que llega un caso de mayor gravedad —como un acuchillado o baleado—, en donde son requeridos para apoyar a los cirujanos.

[17] Fragmento de una entrevista a un cirujano plástico.

FOTOGRAFÍA 8



Previsión de reclamos.

La frase repetida por algunos médicos de que el hospital está constituido a su vez por distintos "hospitalitos" reconoce que se viven diferentes realidades en un mismo lugar, y que éstas no se relacionan únicamente con la división técnica del trabajo médico especializado. En efecto, el hospital cambia su dinámica interna de acuerdo al horario y los días del año; al respecto, comenta un médico cirujano:

> En el turno matutino sale la mayor carga de trabajo del hospital. Para el turno vespertino disminuye en cincuenta por ciento esa carga, debido a que hay menos personal para atender a la población. No obstante, en la tarde y noche los padecimientos triviales disminuyen y aumentan las verdaderas urgencias. Los sábados y domingos no hay recursos para trabajar y es menor el personal médico y de enfermería; paradójicamente, aumenta el personal administrativo, aunque su carga de trabajo es menor. Esto se explica porque son personas recomendadas, hijos de fulanos, primos de zutanos que no hacen nada. Sin recursos, el Rubén Leñero es un hospital por la mañana, una clínica de socorros por la tarde y un puesto de salud rural por la noche.[18]

La institución está conformada por distintas lógicas de funcionamiento y, por ende, con programas y objetivos que no se ajustan dentro de una totalidad integrada. La institución es un campo de intereses en conflicto que funciona con base en los desequilibrios. Así, el Hospital Rubén Leñero debe armonizar la lógica

[18] Fragmento de una entrevista a un cirujano general.

de la enseñanza con la necesidad de atender a una gran cantidad de pacientes, muchas veces sin contar con los materiales suficientes, ya que su adquisición depende de los recursos presupuestales asignados por el gobierno local. Sin duda podría realizarse una investigación únicamente sobre los efectos de la escasez en la enseñanza, en la práctica médica y en la dinámica institucional hospitalaria. Cuestiones como la sustitución de unos medicamentos por otros; la adaptación de instrumental quirúrgico y materiales médicos; el papel de los proveedores de prótesis y piezas ortopédicas; el asedio de los servicios funerarios; la venta interna de bebidas y comida; el tráfico de alimentos; la escasez de opiáceos, etc., inciden en la calidad de los servicios y muy probablemente en los resultados con los pacientes.[19]


FOTOGRAFÍA 9



Letreros.

[19] Comenta un funcionario del hospital, un médico ortopedista jubilado: “Hice un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social sobre la viabilidad del Seguro Popular. Concluí que no podía sostenerse por más de diez años. Proyecté las variables y demostré que representaba una amenaza, ya que dicho Seguro no tiene cobertura para comprar placas, tornillos, clavos y alambre, materiales que se utilizan en ortopedia. Es material muy caro. También se requieren estudios precisos de lo que cuesta ‘un día de cama’, considerando los días que el paciente está hospitalizado y cuántos estudios de laboratorio, radiografías y medicamentos se requieren. Una cama sin paciente también tiene gastos ‘repartidos’ de luz, agua, sueldos (jefe de piso, auxiliar de enfermería, camillero, dietista, médico tratante, residentes). Las camas del Servicio de Terapia Intensiva son las más caras del hospital. Si a un paciente hospitalizado no le atienden en tiempo y forma, tiene un costo que impacta al hospital. Eso sin contar con los costos indirectos, relacionados con los familiares que dejan de trabajar el tiempo de estancia en el hospital”. Fragmento de una entrevista a un cirujano ortopedista.

Decíamos que es a través de la interconsulta interna que los servicios complementan la atención requerida al paciente, pero cuando se le pide informalmente el apoyo a una cocinera para la distribución de alimentos, se le solicita a un camillero que traslade a un enfermo que no le corresponde o se le propone a una enfermera salir un poco más tarde, todos ellos pueden negarse aduciendo que se violenta su contrato de trabajo; de esta forma, las necesidades internas de cada servicio, respecto a la escasez de personal, están mediadas por la normatividad sindical, el intercambio de favores o el criterio individual de cada uno de los actores institucionales. Es común que las enfermeras o los anestesiólogos se nieguen a participar en alguna operación quirúrgica, porque calculan que el tiempo de intervención rebasará su horario de trabajo. Los conflictos entre los actores le imprimen su sello a la dinámica hospitalaria, algunas veces contradiciendo los objetivos de brindar una mejor calidad en la atención de la salud. Comenta una doctora que labora en el edificio de gobierno del hospital:

> El sindicato tiene un peso importante en el funcionamiento del hospital. Algunos de sus integrantes no hacen su trabajo a sabiendas de que no pueden ser despedidos, porque son trabajadores de base. Por ejemplo, los camilleros son de primer, segundo y tercer piso. Son inamovibles, por ser de sindicato. Si el camillero de arriba no llegó, no se puede disponer del camillero de abajo. Es común que algunos doctores de ginecología no se encuentran disponibles cuando se les llama porque no quieren operar. Otro ejemplo es el de los anestesiólogos, quienes entran a las cirugías cuando quieren y no hay ninguna autoridad que los obligue a cumplir. En urgencias muchas veces se vocea a los especialistas, cosa que no debe ser, porque es una obligación contar con cada uno de ellos en el servicio. Hay una enfermera que siempre llega tarde a su lugar de trabajo; alega que llega puntual al hospital, pero comercia tortas y tiene primero que ir a venderlas. Muchos de estos conflictos se resuelven solicitando las cosas de buena manera, para poder concatenar entre todos. Algunos de los que laboran en el hospital también trabajan en el IMSS, sin embargo, ahí sí cumplen con su trabajo, porque de lo contrario son sancionados económicamente, cosa que en el Rubén Leñero no se hace, por falta de decisión de las autoridades, que no intervienen para que se respete la institución.[20]

El sindicato, las autoridades, los médicos adscritos, etc., forman parte de un espacio de intereses que incide en la toma de decisiones dentro del hospital. El perfil profesional, la experiencia, la lealtad institucional y la amistad tienen un peso importante. En su momento fue un secreto a voces que, cuando quedó vacante

[20] Fragmento de una entrevista a una doctora.

la jefatura del Servicio de Cirugía General, el sindicato evitó la designación de una de las doctoras porque ésta tenía conflicto con una secretaria administrativa. En otra ocasión el cambio de la jefatura de Cirugía Plástica y Reconstructiva no estuvo exento de rumores en torno a que la persona designada era cercana a las autoridades. De la misma forma, la salida de la jefa del Servicio de Nutrición fue consecuencia de un conflicto con el sindicato. A decir de ella, la animadversión y el despido se generaron porque quiso acabar con la extracción furtiva de alimentos por parte de algunas cocineras. Todo inició cuando la funcionaria solicitó apoyo a las cocineras para distribuir los alimentos a los pacientes debido a la falta de personal, cuestión a la que se negaron. Entonces, decidió acabar con los robos "hormiga" de los alimentos ejerciendo una contabilidad estricta de su consumo, lo que provocó la intervención del sindicato para que fuera depuesta. Por otro lado, cabe notar que el robo sale a la luz hasta que surge el problema de autoridad; antes de ello, se ocultaba por todos, lo que permite deducir que la funcionaria al menos se hacía de la "vista gorda".

FOTOGRAFÍA 10



Sindicato médico.

[…] en el pasado todo el mundo aceptaba que a veces su jornada tendría que alargarse. En el Sistema Nacional de Salud premoderno, los especialistas nunca llevaban la cuenta de las horas: sencillamente seguían al pie del cañón hasta que el trabajo quedaba hecho.

Ante todo no hagas daño
Henry Marsh

La programación de las intervenciones, de las interconsultas o de la atención clínica depende de una infinidad de factores. Los diversos actores que interaccionan en el hospital se confrontan, acuerdan o se coordinan para lograr un cierto equilibrio, siempre inestable. Dos directivos visitaron a los pacientes de cada uno de los servicios y ordenaron inmediatamente el alta de dos de ellos, ya que no requerían internamiento y estaban ocupando innecesariamente las camas. Todos estos problemas desajustan los tiempos y movimientos entre los servicios.[21]

El funcionamiento y la distribución de los recursos del hospital dependen de las lealtades políticas, sindicales o de amistad que están en juego dentro y fuera de la institución. Inevitablemente, existe una distancia entre la planeación institucional y la compleja dinámica que impone la vida cotidiana del hospital, de la misma forma como existe una distancia entre lo que el médico proyecta y el resultado de su operación, simplemente porque cada persona responde de manera diferente a la misma intervención. En el papel la programación de una operación quirúrgica se lleva a cabo una vez que se cumplen los requisitos registrados en el expediente; la autorización depende de la estabilidad del paciente, a menos que se trate de una urgencia real que ponga en riesgo su vida. No obstante, la programación puede cancelarse por muchas razones: permisos sindicales, ausencias de personal, urgencias inesperadas, carencia de medicamentos o materiales, llegada de un preso peligroso o de un enfermo recomendado, entre otras. Un paciente que recibió un balazo en el rostro y sufrió una fractura de la mandíbula comentó que llevaba seis meses internado en el hospital mientras su familia ahorraba la cantidad suficiente de dinero para adquirir la prótesis; por su parte, el médico

[21] En una ocasión, durante la observación de la atención de la consulta externa con un cirujano plástico (quien tenía una agenda de más de 60 pacientes esa mañana), la esposa de uno de los doctores entró en el consultorio por la puerta exclusiva del personal, para que le perforaran los lóbulos de las orejas. La mujer fue recibida y acostada —sin ninguna clase de cita previa— en una camilla del consultorio para ser atendida por la especialista. Mientras decenas de personas esperaban su turno, la paciente *recomendada* seguía recostada dentro del consultorio reponiéndose de sus perforaciones.

reconoce que sin los materiales nada puede hacer, y que, una vez que los tenga, tendrá que fracturar nuevamente el hueso para acomodarlo.[22]

FOTOGRAFÍA 11



Protocolo de limpieza de manos.

Otros hechos que interrumpen la programación de las operaciones son los descubrimientos de anomalías de último momento en el paciente (desarrollo de una infección, de una mala respiración, descontrol de la presión, de la glucosa, etc.). Las eventualidades suelen pasar incluso dentro de los quirófanos. En una ocasión, poco antes de una intervención, el anestesiólogo observa que el paciente respira de forma irregular y asimétrica; manda sacar unas radiografías que confirman un problema respiratorio. Los médicos deciden suspender la cirugía después de intercambiar opiniones. En otra ocasión apuntamos en el Diario de Campo lo siguiente:

> En el quirófano, enfermeras y anestesiólogos preparan al paciente para ser intervenido por fractura de mandíbula: lavan el rostro, intuban, dibujan sobre la mejilla los nervios, observan las radiografías, repasan el recorrido del bisturí. Una vez abierta el área, se observa el hueso fracturado. El cirujano sujeta y mide la prótesis

[22] "Los servicios de Cirugía y Ortopedia requieren de prótesis y materiales para corregir o reparar tejidos óseos dañados por fracturas o traumas. El hospital no proporciona dichos materiales, por lo que dependen de donaciones o de la compra por parte de los afectados". Notas del Diario de Campo.

> sobre la lesión. Está a punto de colocarla cuando se percata que uno de los molares está infectado. Molestia y regaño al equipo de trabajo, que no revisó cuidadosamente la dentadura del fracturado. Se tiene que cerrar la herida y resolver el problema de la infección, de lo contrario, ésta se extenderá.[23]

El tiempo económico y el de la intervención quirúrgica casi nunca convergen en los hospitales de salud pública. El médico se ve obligado a mediar entre el proveedor y el paciente; no obstante, la relación entre el proveedor y el médico genera en el personal directivo y técnico o, incluso entre los pacientes y las familias, un imaginario relacionado con el negocio a costa de ellos.[24]

Muchas veces, la dinámica de las organizaciones diluye las responsabilidades individuales y no se sabe bien a bien cuáles son las causas de que muera un paciente. Un reto sistemático en un hospital de salud pública es detectar las fuentes de infección que provocan la muerte de aquellos pacientes que, aparentemente, no debían morir. En el Hospital Doctor Rubén Leñero la tercera parte de la población que muere fallece a causa de la llamada "sepsis". Hay pacientes más vulnerables que otros, como los diabéticos que reciben hemodiálisis peritoneal, más proclive a infecciones que la practicada por la vía intravenosa, ya que los pacientes quedan varios días expuestos a recibir algún tipo de bacteria proveniente del hospital. Se sospecha que algunos fallecimientos son por falta de atención oportuna; cuando el lesionado o enfermo ingresa al hospital, tiene que ser registrado y evaluado por el "médico filtro". Si el paciente no viene grave y se logra estabilizar, se queda en observación unas horas y se le envía a su casa. Si el paciente requiere hospitalización, se realiza la interconsulta con el servicio correspondiente para que sea tratado por los especialistas. Las atenciones van acompañadas de una serie de trámites burocráticos como los cambios de turno, la disponibilidad de camas, la ausencia de personal, el tiempo de las interconsultas y el llenado del expediente.

Un ejemplo de cómo la dinámica del hospital está sobredeterminada por el peso de una burocracia y de una serie de actividades informales que se vuelven costumbre se reveló en una discusión en el Comité de Mortalidad del hospital (que se celebra el primer martes de cada mes). El caso que se presentó era el de una mujer de 30 años que consumía solventes y que falleció en menos de una semana, como consecuencia de una complicación del sistema nervioso. El historial médico registraba 20 ingresos previos al hospital. A la salida del comité, una doc-

[23] Notas del Diario de Campo.

[24] Cuando una paciente observa su radiografía y reclama que no están los clavos que compró y le tenían que colocar, surgen las dudas sobre el negocio y la enfermedad; sobre la necesidad de los materiales, su procedencia y la calidad de los mismos.

tora insistía en que no se le brindó la atención adecuada, porque los médicos de Urgencias —aunque no le hicieron punción lumbar— creyeron que era meningitis; comenta que los solventes dañan muy rápido el cerebro de los adictos y que sus niveles de acidez, así como la cantidad de líquidos que contiene el cuerpo aumentan o disminuyen repentinamente, por tanto, no se les brindan los medicamentos adecuados, el daño es irreversible y mueren. Ella cree que eso fue lo que sucedió, puesto que con lo que administraron agravaron su condición hasta el punto que ya no la aceptaron en Terapia Intensiva, porque su sistema nervioso estaba tan dañado que ya *no era recuperable*. La paciente fue trasladada a Medicina Interna y se esperó a que muriera. Como no se le hizo la autopsia, no se supo la causa de la muerte. La doctora considera que el problema de esta mujer venía de tiempo atrás y el hospital no actuó, y se pregunta: "¿Por qué si ya había tenido 20 ingresos el Área de Psicología no hizo nada?".[25]

FOTOGRAFÍA 12



Espera en pasillos.

Queda por estudiar cómo estos desequilibrios son errores que obedecen a una dinámica institucional o pueden ser atribuidos a determinadas personas. Cuando autoridades, médicos o pacientes afirman que la institución no actúa, ¿a qué o quién se refieren? Las afirmaciones que conglomeran procesos y realidades com-

[25] Otra posible línea de investigación la sugiere el sociólogo David Sudnow cuando comenta: "Entre otras categorías de personas cuyas muertes se declaran pronto y cuyo estado de 'moribundos' es prontamente observado para el tratamiento paliativo, están los suicidas, los drogadictos, las prostitutas, los agresores en crímenes violentos, los vagabundos, los que pegan a sus mujeres, y en

plejas evitan el análisis profundo de la actuación de los agentes institucionales respecto a la norma, los tiempos burocráticos, los conflictos de interés, el trabajo y la coordinación de equipo. Los comités de Mortalidad, de Bioética, etc., tienen la finalidad de ajustar los desequilibrios mediante los compromisos establecidos como resultado de las discusiones que ahí se vierten. No obstante que muchas recomendaciones son valiosas y que se generan comunicados para mejorar los protocolos, el peso de la rutina es el que prevalece. Un problema adicional es que en el hospital se suspendieron las autopsias y, por ende, el Servicio de Patología no tiene la facultad para analizar los casos y discutirlos en alguna reunión clínico-académica; al no conocer con exactitud las causas de muerte de algunos pacientes, no se avanza en el fortalecimiento de la responsabilidad de cada servicio.

La evaluación del paciente y su ingreso al hospital, la atención en Urgencias, la coordinación entre los servicios, la interconsulta, la programación de las intervenciones quirúrgicas, el seguimiento de la evolución del paciente, así como su externamiento (vivo o por defunción) están mediados por una serie de roces con todos aquellos que conforman la institución. El funcionamiento del hospital, como el de cualquier otra organización, se da con base en el desequilibrio y el conflicto resultantes de las diversas lógicas, tiempos y dinámicas que lo componen y que deben ser ajustadas a través de negociaciones constantes para lograr los objetivos de atención a la población, la formación de médicos especialistas, así como las metas propuestas por las políticas públicas.[26] Las situaciones ambiguas, discordantes, conflictivas, que se presentan dentro del campo institucional son innumerables; algunas que podemos destacar son:

- La diferencia jerárquica entre los distintos estratos institucionales y en el interior de éstos: autoridades, médicos, enfermeras, trabajadores (subdirectores, jefes de servicio, residentes, internos, estudiantes, etcétera).
- La diferencia entre las distintas especialidades médicas.
- La lógica interna de cada servicio.
- La escasez y la distribución de los recursos.

general aquellas personas cuyos caracteres morales son considerados reprochables". David Sudnow, *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Tiempo contemporáneo, 1967, pp. 126-127.

[26] Una enfermera experimentada sin duda tiene más dominio sobre la situación con el paciente que un joven médico interno que recién pisa el hospital; el médico anestesiólogo o la enfermera quirúrgica sindicalizada hacen valer su horario de trabajo; el director impone al personal de confianza y a los jefes de servicio; la UNAM y el jefe de Enseñanza deciden quien será el titular de las cátedras, etc. El juego del dominio y la resistencia, fruto de la interacción y el intercambio social, suelen ser siempre más complejos que esta visión rígida de una sociología de los roles y las funciones.

- El conflicto latente entre las autoridades y el personal adscrito al hospital, así como los roces entre los diversos actores sociales e institucionales (médicos, enfermeras, técnicos, pacientes y familiares).
- Las responsabilidades del personal durante los cambios de turno, vacaciones, permisos y días festivos.
- La programación quirúrgica y sus eventualidades. La atención prioritaria: los reclusos peligrosos, las urgencias reales, los pacientes recomendados, la carencia de materiales y medicamentos, la ausencia de personal, el descontrol y la inestabilidad del paciente.
- La confrontación de lógicas institucionales. La institución como campo de fuerzas: autoridades, sindicato, servicios.
- La dinámica institucional y la tensión entre las diversas racionalidades (económica, educativa, política, médico/quirúrgica, burocrática).

Cada agente cuenta con un capital político, social, académico, sindical, entre otros, que pondrá en funcionamiento de acuerdo a la situación particular que se presente. Por eso el estudio del hospital no lo realizamos únicamente desde la dimensión jurídico-funcional de la organización o desde la racionalidad médica, sino incluyendo la diversidad de situaciones y actividades informales que hacen de la institución una realidad compleja. Recordemos que las interacciones sociales son asimismo vínculos emocionales, de tal suerte que cada encuentro entre los agentes está sobredeterminado por el marco de acción, así como por aquellas decisiones instrumentales (educativas, médicas, quirúrgicas) mediadas por la cordialidad, la indiferencia, el enojo, el maltrato, la altivez, etcétera.

El análisis sociológico del hospital revela lo que sucede en el entorno social por medio de la clase de pacientes que ingresan, los diversos cuerpos de socorro y policía que intervienen y el tipo de enfermedades y lesiones que se observan; por eso, los sucesos médicos son también "analizadores" sociológicos que dan cuenta de las condiciones de trabajo del personal, el nivel socioeconómico y cultural de los pacientes o la existencia de una violencia social y familiar creciente. La presente investigación da cuenta sólo de algunas de estas situaciones, ya que es imposible recabar todos los conflictos, desencuentros o desequilibrios que se dan día a día en el hospital. La gran mayoría de ellos encuentra sus condiciones de emergencia en una dinámica institucional que responde más a este campo heterogéneo de fuerzas que a un espacio armónico y funcional donde todos los agentes caminan al unísono hacia las mismas metas.

Si bien es verdad que la medicina tiene un método científico en donde el conocimiento es resultado de la investigación, el oficio médico no se lleva a cabo en un medio neutral; el contexto social y hospitalario incide en su práctica, así como

en el proceso de instrucción y aprendizaje. Todo el personal médico reconoce que se aprende mucho más dentro del sistema de salud pública que en los hospitales privados; la razón es que en estos últimos a los médicos residentes no se les permite intervenir directamente en la práctica, porque las familias que pagan por el servicio son más exigentes con el médico responsable. Por el contrario, en los hospitales estatales y principalmente en aquellos donde se brinda la atención a la población más desprotegida (que no cuentan con seguro de gastos médicos permanente) la participación de los médicos residentes bajo la supervisión de los médicos adscritos es central. También se reconoce que el tipo de pacientes que ingresa a hospitales de salud pública llega con lesiones y enfermedades muy graves, por lo que, en términos de la práctica y la experiencia adquirida, no hay comparación con los hospitales privados enfocados en una población cultural y económicamente favorecida. En pocas palabras, existe una distribución de enfermedades y de padecimientos diferentes, de acuerdo a las clases sociales.

La práctica y la educación médica en el interior de una organización suponen el conocimiento del funcionamiento racional e informal de una burocracia con una división de funciones y especialidades, que tienen su lógica propia y se interconectan entre sí. Para los médicos residentes un protocolo como el pase de visita permite conocer los síntomas y la evolución de los distintos pacientes a quienes se les hace un expediente con el registro de sus datos clínicos. El expediente es un documento médico/legal; por momentos parece contar con vida propia, puesto que determina las relaciones de intercambio y dominio entre los médicos. El expediente integra el discurso médico sobre el estado y la evolución del paciente, así como su paso por el proceso hospitalario; incluye los reportes de enfermería y trabajo social. El residente a cargo de su actualización debe conocer todos los datos relacionados con la enfermedad, los estudios realizados, el tipo de tratamiento, la evolución, el pronóstico.[27] El hospital cuenta con secciones especialmente dedicadas a la burocracia, generalmente ubicadas como enlace entre la institución y los usuarios del sistema de salud. Sin embargo, dentro de los servicios hay cierta carga burocrática que es responsabilidad de cada uno de éstos y que se delega a los residentes.

Durante la investigación se apreció el paso del expediente físico (en papel) al electrónico, lo que provocó un proceso lento de adaptación y ciertas resistencias

[27] Como dice Rodney Coe: "[...] el periodo de enseñanza del postgraduado incluye el aprendizaje no sólo de la técnica, sino también de lo que podríamos llamar 'experiencia de organización'. Esta última supone un aprendizaje de los procedimientos para obtener información y servicios en un ambiente hospitalario. Una parte de éstos puede obtenerse, desde luego, por caminos formales, pero gran parte se consigue mediante un sistema informal". Rodney Coe, *Sociología de la medicina*, *op. cit.*, p. 248.

por parte de algunos actores dentro de la institución. Con este cambio se espera que se integre en el menor tiempo la información médica sobre el paciente que permita a todos los responsables conocer con detalle su situación durante la hospitalización. Un expediente completo facilita la toma de decisiones con base en las evaluaciones realizadas por el personal que tuvo contacto con el paciente. El expediente convierte al enfermo en un ser bioquímico: signos vitales y niveles de líquidos, cifras de temperatura, presión o estado de ácido-base, etc., convirtiendo la salud del paciente en una cuestión de proporciones y equilibrios.[28] En cualquier hospital de salud pública como el Leñero un expediente debe estar bien integrado, puesto que se convierte en un documento probatorio en caso de que algún usuario insatisfecho interponga una demanda legal por lo que considere como un caso de negligencia. El expediente forma parte de la llamada *medicina defensiva*, ya que los cirujanos —y en general el personal médico— pueden ser acusados por supuestas malas prácticas; de ahí que un expediente es también un respaldo jurídico-clínico.

El expediente es un elemento que transita por todo el campo médico, desde el residente hasta los jefes de servicio; circula por las aulas como documento para la enseñanza en las sesiones de casos anatomo/clínicos; igualmente, en el Comité de Mortalidad, donde se exponen casos de fallecimientos extraordinarios que son analizados para mejorar la participación de cada uno de los servicios. La relación entre el residente y el expediente es central, ya que es un documento que lo introduce al lenguaje médico y a la lógica de la administración de la enfermedad y la muerte. El residente de recién ingreso es obligado a realizar las notas médicas registrando los síntomas y el tratamiento, así como los procedimientos a seguir, de forma que se siga la evolución del paciente; por eso es un elemento básico para la enseñanza. Los médicos adscritos y de mayor rango lo saben y consideran necesario que se aprenda de memoria su contenido. En cada pase de visita se interroga y se examina a los residentes al pie de la cama del enfermo, mientras se revisa el expediente. La falta de datos o su registro inadecuado provoca enojos que invariablemente derivan en castigos sobre el infractor, por ejemplo, ser humillado en público o quedarse de guardia, como veremos más adelante.[29]

[28] El origen de la medicina proviene de medir la proporción de los humores: "La sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y la flema. La medicina incluso occidental hasta el siglo XVIII conserva esta idea de equilibrios y proporciones [...] La medicina se divide en cirugía —cosa fundamental, por la guerra— y propiamente medicina, es decir, el talento y arte de equilibrar y restablecer las proporciones humorales". Julio Hubart, *Sangre. Notas para la historia de una idea*, México, Ortega y Ortiz Editores, 2006, p. 40.

[29] Actualmente estas guardias de castigo están formalmente prohibidas, sin embargo, la práctica del castigo persiste bajo la denominación de *reponer tiempo complementario*.

La interacción institucional: personas, objetos y espacios

Los mendigos hacen su ronda, como lo hacen los policías que intentan que se vayan, y las prostitutas se ciñen a su rincón preciso en la calle. Los vendedores y los distribuidores tienen su territorio propio que defienden como cualquier otro organismo vivo. Tener un territorio es tener uno de los componentes esenciales de la vida. La falta de él provoca las situaciones más precarias.

El lenguaje silencioso
Edward Hall

Los *colores*, en tanto portadores de significados, son un recurso para el ordenamiento de las actividades e interacciones del hospital, así como para otorgar prioridades y jerarquías a ciertos lugares, prácticas u objetos. El hospital está dividido en tres áreas imaginarias de distinto color. La zona gris es la de tránsito, que abarca los corredores, patios y salas de espera. A los cubículos destinados a la Consulta Externa (Oftalmología, Medicina Interna, Bariatría, Reumatología, Cirugía Plástica, etc.) les corresponde el color negro, y, finalmente, la zona blanca está destinada a Quirófanos. Estos últimos están divididos a su vez en zona gris, negra y blanca. Tales segmentaciones territoriales son una forma de controlar el paso de un lugar a otro para todos los que laboran en el hospital, así como para los pacientes y sus familiares. Es, además, un modo de separar las zonas para evitar la contaminación dentro del espacio hospitalario. Otra manera, como veremos más adelante, la constituyen los letreros, avisos y etiquetas pegados en paredes, puertas y anaqueles. Es muy mal visto que, por ejemplo, un médico circule fuera del área blanca o salga a la calle con el pijama quirúrgico; por el contrario, todo el personal que ingresa a Quirófanos debe de usarlo obligatoriamente, como las enfermeras, los proveedores, los policías y, naturalmente, los médicos, además de portar el gorro, el cubrebocas y las botas de tela. Así, la ropa va de acuerdo con el espacio y la función.

Y para establecer relaciones, ni es necesario ni siempre útil amontonar una experiencia tras otra. Es mucho más importante que sean sólidas y verdaderamente significativas. Un hecho único puede sacar a la luz una ley, mientras que una multitud de observaciones vagas e imprecisas sólo puede producir confusión.

Las formas elementales de la vida religiosa
Émile Durkheim

También existe un código de colores que clasifica al enfermo de acuerdo con el estado de gravedad que presenta en el momento de llegar al hospital. La clasificación permite evaluar y, en consecuencia, filtrar a los pacientes al servicio correspondiente para ser atendidos. Si llega, por ejemplo, una persona colapsada por un paro respiratorio, ingresaría como un código rojo y tendría que ser atendida inmediatamente. Cuando el estado de salud de la persona no compromete su vida, se le asigna un código azul; entonces, la atención puede no brindarse sino hasta 120 minutos después de su ingreso al hospital.

Fotografía 13



Vendaje y zapato.

Los materiales utilizados, así como los residuos del hospital también son clasificados por colores, según su grado de contaminación y peligrosidad. Los deshechos del hospital son clasificados en bolsas de color amarillo cuando a órganos se refiere; de color rojo, para las secreciones y objetos punzocortantes, y las bolsas de color gris son usadas para la basura en general. Los deshechos más contaminantes son guardados en distintas bolsas y trasladados por empresas especializadas para ser adecuadamente destruidos. Las bolsas rojas y amarillas son cremadas, mientras que las de color gris se las lleva el camión de limpieza de la ciudad.

> *Tal como ocurría con el sexo en el periodo victoriano,*
> *los objetos no deben mencionarse pero su presencia ha de sentirse*
> *en todas partes. Existen, naturalmente, pero nunca se piensa en ellos,*
> *en términos sociales. Como humildes sirvientes viven*
> *en los márgenes de lo social, haciendo la mayor parte del trabajo*
> *pero sin que permita mostrarlo.*
>
> *Reensamblar lo social*
> Bruno Latour

El personal médico viste de bata blanca; algunos médicos portan camisa y corbata debajo de ella. Los médicos residentes e internos de la especialidad de cirugía general llevan corbatas de color distinto de acuerdo con el grado que estudian; así, el interno —que cursa el quinto año en la Facultad de Medicina— usa corbata negra; el residente uno, corbata de color verde; el residente dos, corbata de color azul; el residente tres, corbata de color roja y el residente cuatro, corbata de color gris. Las trabajadoras sociales portan batas de colores tenues (verde, amarillo), mientras que los camilleros visten uniformes de color café. El color de las prendas muestra en este pequeño pero intenso universo la división del trabajo del personal que labora en la institución, así como las diferentes funciones que desempeña.

Quizá es una trivialidad decir que las sillas de ruedas, las bancas, el jabón, las batas, el pizarrón, las sábanas, las camillas, los escritorios, las camas, los cuadros, los letreros, los expedientes, las actas de defunción, el instrumental, los medicamentos, los carritos de alimentos, las sábanas, los monitores, los pijamas quirúrgicos, los guantes, etc., forman parte del ambiente hospitalario. Menos trivial es ver su uso, la disposición que guardan dentro del espacio; en fin, lo que provocan, ordenan, pretenden.

Si algún *objeto* está a la vista en casi todos los espacios del hospital, es la banca. Las bancas son representantes de la permanencia en el tiempo. La oferta de bancas en los hospitales de salud pública —principalmente en el Servicio de Urgencias— está rebasada por la demanda de usuarios, por lo que se convierten en un bien valioso. Su escasez en una realidad sufriente adquiere su valor. Frente a los gabinetes de consulta externa, en los pasillos, en la entrada de servicios como el de Bariatría, de la Unidad de Cuidados Intensivos, de Ortopedia y de Cirugía Plástica hay bancas que son utilizadas por los enfermos y sus familiares, por la policía y los distintos visitantes. En la consulta externa se observa una banca metálica reforzada. En el respaldo reza la leyenda "Bariatría". No la pueden usar las personas delgadas. La robustecida banca es otra forma de prohibir el uso de los asien-

tos comunes a los obesos. Entre la banca y el letrero hay una razón funcional y no discriminatoria.[30]

> *Y la banca representa un tipo de muerte. Una banca significa [...] para lo que está sobre la banca: ser excluido, condenado a ser un espectador, a permanecer en la periferia.*
>
> *El momento interminable de la fotografía*
> Geoff Dyer

Debido a la gravedad de los pacientes que ingresan en el Servicio de Urgencias, es necesario que permanezca en la sala al menos un miembro de la familia, por si los médicos, las trabajadoras sociales o el Ministerio Público necesitan alguna autorización, información o documentos. Sobre las bancas se ven cobijas y bolsas de plástico de las que sobresalen toda clase de enseres, como papel higiénico, botes de agua, pan, dulces, etcétera.

FOTOGRAFÍA 14



Sala de espera de la Unidad de Urgencias Médicas.

[30] No obstante, la banca con su letrerito hace un guiño burlón a quien pasa y la mira. Y es que hay enfermedades atribuidas al carácter de la persona, como el alcoholismo y la obesidad mórbida. Curar la gordura o el alcoholismo no depende únicamente de la intervención médica. Se

Las bancas del hospital son metálicas y resbaladizas, es común verlas rotas o desniveladas, de ahí que rechinen cada que alguien las usa. El tiempo de espera obliga a un uso variado de las bancas. Los familiares, pacientes e incluso el personal de seguridad colocan cobijas encima o abajo de ellas para dormir. Se duerme sentado o recargado en el cuerpo del otro; en ellas se sientan personas heridas o enfermas que aguardan ser atendidas; las usan los policías que vigilan a los pacientes de reclusorios o aquellos en calidad de detenidos. En las salas las personas platican las razones por las que se encuentran en el hospital, se consuelan, se aconsejan, se abrazan ante la muerte. El fotógrafo Geoff Dyer nos recuerda que la banca es algo más que un objeto de uso:

> [...] una banca no puede convertirse por completo en una cama, o más bien nunca puede —o sólo de manera casual e incómoda— convertirse en una cama a fin de consumar el deseo sexual; sólo puede ser una cama en la medida en la que ésta es el lugar en donde te desplomas, sin sentido, sin hogar, o ambos. La banca nunca tiene oportunidad de opinar sobre aquellos que terminan en ella o qué tan tarde se quedan. Nunca tiene la oportunidad de irse a dormir. Puede que no quieran ser parte del bullicio pero es parte de una multitud que no le permitirá negarse. Tendrá que mudarse, empezar una nueva vida en otra parte, y eso nunca pasará. Cada día es como la mañana después de la noche anterior. Si nadie tiene una mejor opción siempre van a retornar a la banca y, como ya ha sucedido tantas veces anteriormente, no van a ser muy quisquillosos en cuanto a mantenerla limpia. Una banca es una casa pública para gente sin un lugar al cual volver, un bar que nunca cierra. Todos son siempre bienvenidos, aun cuando no lo sean. La gente se refugia en una banca cuando no le queda otro lugar, pero la banca sólo puede refugiarse en sus propios poderes infinitos de resistencia. Como tal, mantiene un vestigio de dignidad que transmite a aquellos que se sientan en ella, aun cuando en realidad no se siente, sino que se desplome sobre ella. Las cosas podrían ser peores: una banca es mejor que el piso y, como ocurre con las mesas, siempre estás mejor sobre una que debajo de una.[31]

En las bancas del Hospital Doctor Rubén Leñero se aguardan noticias que son sentencias inevitables. Mientras se espera en las bancas, la mirada se vuelca hacia el interior, perdida en algún lugar insondable. Sobre o debajo de la banca de un hospital se vive otro tiempo, el tiempo del dolor y la angustia, de la impotencia y la necesidad, de la vigilancia y la permanencia obligada. Quienes no ingresan en

---

consideran como causales del padecimiento al propio paciente y al entorno que le rodea. Se come y se bebe por muchas razones y esto lo saben los psicólogos y los médicos, que no aprueban el trasplante de un riñón a un exbebedor o la colocación de un *bypass* gástrico a una mujer angustiada.

[31] Geoff Dyer, *El momento interminable de la fotografía*, México, Ediciones Ve/Conaculta/Fundación Televisa, 2010, pp. 151-152.

el hospital y esperan noticias viven la espera en la calle: imágenes de orfandad.[32] Las bancas de un hospital de urgencias médicas albergan dolor:

> Son las 7:15 de la mañana. Sala de espera del Servicio de Urgencias. Un hombre sentado, como de 65 años de edad dormita; por momentos la respiración se suspende y se despierta agitado; lleva cachucha y unos tenis desgastados y sucios. Junto a él, en el piso, una bolsa de plástico que contiene una botella con agua y otros botecitos, y otra bolsa más grande de tela que contiene varias más pequeñas anudadas. Una mochila negra. Un vaso con café. Sobre sus piernas una cobija doblada. Una señora de aproximadamente 40 años de edad habla por teléfono celular. Llorando dice: *hijo, acaba de morir tu tío.* Diálogo entrecortado por el llanto. El resto de las personas sentadas en la sala la observan un tanto sorprendidas. Sólo una anciana se levanta de su asiento y la abraza, mientras ella sigue hablando. La imagen de cariño y solidaridad de esta ancianita contrasta con la inmovilidad de la sala. La señora llora, pide el acta de nacimiento [...] Una jovencita con el uniforme de limpieza entra campante y sonriente. Se dirige a la cafetería que se encuentra en la sala; platica con el encargado, le pregunta si es casado y le pide un café. Despreocupada, va y viene por la sala, escribe por su celular. Rostro de niña, sin marcas de la vida, limpio, sin sufrimiento. Semblante que contrasta con el agotamiento del resto de los rostros de la sala, de los que dormitan con la barbilla en el pecho, o la cabeza inclinada a uno de los lados; de los que suben las piernas en las bancas o en los muslos del acompañante, para tratar de descansar, con las manos dentro de las chamarras o abajo de los rebosos. De los que duermen en el piso y usan los pedazos de cartón como colchones improvisados y las prendas de vestir como cobijas y las cobijas, como prendas de vestir.[33]

Quedarse en las bancas, en la calle, sentado en la banqueta, o en el suelo, esperando, genera abyección, obliga a vivir la derrota por adelantado. Tal vez por eso algunos familiares llevan sus propias sillas de plástico, ligeras, portátiles, para sentarse mientras se espera en cada trámite, en cada ventanilla, en lo que llega nueva información. Además de las bancas, las camas forman parte del escenario del hospital. Nuevamente es el lente y la palabra del fotógrafo que hace de la cama un actante:

[32] "Hay algo inherentemente triste acerca de toda banca. Las bancas en las estaciones de autobús han hecho suya la resignación, las largas secuelas que la frustración y la impaciencia dejan a su paso, de todos los que se han sentado ahí, anhelando marcharse, forzados a conformarse con una espera en la banca cuando lo que ellos quisieran es un asiento en autobús [...] Sentarse en la banca es sinónimo de rendición, de aceptar la realidad de la situación, de sucumbir, de hecho, a la banquidad de la situación". Geoff Dyer, *El momento interminable..., op. cit.*, p. 154.

[33] Notas del Diario de Campo.

> Hay dos tipos de cama vacía: la hecha y la deshecha. Las camas hechas son agradables e invitantes, pero las deshechas son en general más interesantes (aun si no son muy atractivas). Una cama sugiere más sobre la gente que la ocupó que una silla vacía [...] Si una cama deshecha es precursora del lecho de muerte, fotografiarla es, entonces, en estos términos, registrar la premonición del eventual fallecimiento de alguien.[34]

Hay diferentes tipos de camas o camillas. Las que están en las áreas de hospitalización, las que tiene el servicio de urgencias y las de cuidados intensivos; las que sirven para trasladar a los enfermos y las que se utilizan en los quirófanos. Hay camas unidas con monitores que verifican los signos vitales; con letreros que registran, junto a los datos personales, el diagnóstico. A los pies de la cama resalta el expediente médico. La cercanía de las camas facilita la charla entre convalecientes sobre la aventura que los llevó a estar ahí; escuchan los lamentos o el sonido del respirador de la cama de al lado. El hospitalizado recibe a la familia en la cama. En ellas se orina, se come, se lee o escucha la radio; en las camas de Urgencias y Terapia Intensiva el cuerpo suele estar invadido con tubos, mangueras y aparatos que registran la vida; también le introducen medicamentos, le extraen fluidos, lo bañan, lo limpian, lo cortan, lo suturan o lo vendan. En la cama el dolor y la agonía son compañeros cercanos. Los más graves habitan la cama suspendidos en otro tiempo. La cama significa el sueño, el reposo y la posibilidad de alivio, pero caerse de ésta puede producir la muerte. La cama tiene un costo monetario, incluso cuando está vacía.[35]

El inmobiliario, especialmente las bancas y las camas, está constituido por objetos que integran acciones dentro del espacio hospitalario; son instrumentos de organización y control del paciente y sus familiares que quedan adheridos en un tiempo y un espacio de inmovilidad, somnolencia y penumbra. Estos objetos ordenan y organizan la circulación de las personas. Existen cuartos y secciones especiales que contienen las camas en fila, pegadas a las paredes. Las remodelaciones de infraestructura que se han hecho en el hospital han permitido ampliar el espacio entre las camas, lo que facilita un mejor paso del personal médico y técnico entre los pacientes. La carencia de mobiliario obliga al personal hospitalario a improvisar; ante la falta de una cama se deja al paciente esperando en una banca o en una silla de ruedas en alguno de los pasillos; estas escenas son constantemente ventiladas en las redes sociales o en los medios de comunicación, donde

[34] Geoff Dyer, *El momento interminable...*, *op. cit.*, p. 145.

[35] A decir de una trabajadora social a punto de jubilarse, un día/cama en el Área de Quemados cuesta alrededor de 55 000 pesos (2 750 dólares), mientras que en Terapia Intensiva el costo es de 230 000 pesos diarios (11 500 dólares). Véase también la nota 19 de este capítulo.

se muestra a los pacientes amontonados; son videos presentados, por un lado, desde la óptica de los usuarios, como evidencia de la falta de atención por parte de los hospitales y, por el otro, desde la perspectiva de quienes laboran en la institución, como muestra de que hacen todo lo posible por cumplir con la atención a los pacientes, a pesar de los pocos recursos que tienen a su alcance.

Fotografía 15



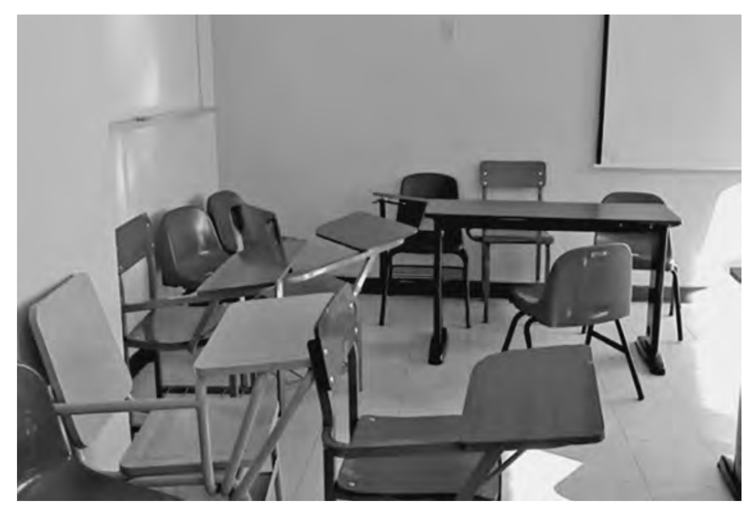
Banca del Servicio de Bariatría.

En México las instituciones de educación y salud carecen de recursos suficientes ante la demanda de usuarios. El tema de la escasez abruma al hospital, forma parte del quehacer cotidiano de todos aquellos que laboran en la institución, así como de los usuarios. Médicos y enfermeras enfrentan la falta de materiales, medicamentos, instrumentos y equipo; los servicios solicitan a los familiares de los enfermos pasta de dientes, enjuagues bucales, jabones, desodorantes, etc., que son compartidos —en secreto— con el resto de los pacientes que no cuentan con los recursos o el apoyo familiar; como dice un jefe de servicio: *aquí aplicamos el principio de Robin Hood.*

Las trabajadoras sociales, en busca de un teléfono, batallan para comunicarse con los familiares, para conseguir la ambulancia para un traslado o para completar las donaciones de sangre. Los pacientes y sus familiares buscan una silla de ruedas desocupada o esperan la donación de una prótesis para ser intervenidos quirúrgicamente. Los baños, a pesar de la limpieza, están percudidos; la falta de jabón y papel es más la regla que la excepción. Las sillas del Centro Escolar circulan

de un salón de clases a otro; hay hasta cuatro modelos distintos en un salón. A los residentes se los ve trabajando en espacios reducidos; realizan sus notas en pequeñas mesas/escritorio. A veces se observa un viejo colchón recargado en la pared o tirado en el piso que se utiliza por momentos para descansar. Mobiliario, bolígrafos, batas, botellas de alcohol, etc., están etiquetados. Se trata, con ello, de reducir el robo. El mobiliario tiene un valor agregado, guarda un estatus simbólico que es independiente de su estado físico. Una residente menciona que en su servicio se encontraba un sillón viejo y maltratado sobre el cual solamente se podían dormir los residentes de grado dos hacia arriba, y sólo por unos minutos. Ese destartalado sillón estaba prohibido para los residentes de primer año, quienes buscaban algún recoveco fuera de la vista de sus superiores para dormitar.

FOTOGRAFÍA 16



Mobiliario del Centro Escolar.

Los recursos con los que cuenta el hospital son limitados o, a decir de algunas personas, no están bien distribuidos. Cada servicio hace adaptaciones para cubrir las carencias. Al tiempo, se naturaliza esta condición de escasez en la institución, de manera que se afronta día a día.[36] Los medicamentos están contro-

[36] "Un ejemplo es el uso del guante látex. Como se sabe, los guantes tienen la finalidad de prevenir contagios durante las intervenciones quirúrgicas, las curaciones, etc. No obstante, se utilizan para cubrir las manivelas de las lámparas de los quirófanos y así manipularlas mientras se opera. Durante la extracción de una vesícula, observamos que el cirujano corta un 'dedo' del guante para depositar ahí la pieza; otro corte en tira del látex sirve como cordón de amarre. En alguna ocasión a un paciente al que operaron, en lugar de vendarle los pies, le colocaron unos

lados e inventariados para maximizar los recursos y evitar su mal uso, como podría pasar con los opiáceos. Antes de las regulaciones sanitarias de organismos como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), aquéllos eran de libre acceso y circulación dentro del hospital. La disputa por el espacio y los objetos revelan los conflictos internos entre las diferentes áreas de la institución, principalmente con las autoridades, que son vistas como un personal "de paso" —que ocupa los puestos temporalmente— y que no se involucra en los problemas cotidianos del personal que labora todos los días a nivel de piso:


FOTOGRAFÍA 17


Guante de látex en lámpara de quirófano.

> En una ocasión llegó una mujer de 23 años desangrándose: se había practicado un aborto clandestino. La ingresaron al quirófano y se requería oxitocina o corbetocina para detener el sangrado del útero. Me dirigí a Recursos Materiales para que consiguieran en cualquier farmacia el medicamento y me respondieron: "¿no te sirve otro medicamento?". Toda estresada encuentro al subdirector administrativo para comentarle que hay una joven que se está desangrando, que no contamos con el medicamento y que me tiene que resolver el problema; me respondió que lo supliera con otra cosa. Lo insulté, y corrí con otra enfermera hacia el Hospital de la Mujer, donde nos apoyaron las compañeras de Urgencias, proporcionándonos la oxitocina. De no haberla obtenido, la paciente hubiera fallecido.[37]

---

guantes látex. También es común que los utilicen como una liga para amarrar el brazo a fin de que resalten las venas y así tomar muestras de sangre". Notas del Diario de Campo.

[37] Fragmento de una entrevista a una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Anteriormente era común el uso de opiáceos en el hospital; en la actualidad, ante la falta de éstos, los ortopedistas colocan un pañuelo en la boca del paciente —para evitar que a causa del dolor se muerda la lengua o se quiebre los dientes— y le acomodan los huesos; después, colocan una férula o algún yeso y lo envían a casa, en lo que se programa la intervención quirúrgica. Ante la carencia de recursos y las limitaciones del Seguro Popular, algunos médicos ortopedistas que conocen a los proveedores de materiales protésicos se los recomiendan a los pacientes. El proveedor es un personaje que ronda por los pasillos del hospital, visita sistemáticamente a los médicos y una que otra vez orienta técnicamente al cirujano durante la operación quirúrgica en torno a la medida de las piezas y su colocación. En caso de fracturas severas, el Servicio de Ortopedia no proporciona materiales como placas, tornillos, clavos o prótesis, puesto que no las cubre el Sistema de Salud.[38] La imposibilidad de compra inmediata por parte de los afectados puede posponer por meses la intervención quirúrgica. La falta de material influye en la práctica médica, puesto que el hueso roto, con el paso del tiempo, consolida. El médico reconoce que nada puede hacer sino esperar. La falta de instrumentos apropiados provoca que algunos cirujanos plásticos lleven su propia caja de herramientas al quirófano; de la misma forma, el anestesiólogo no se despega de su caja de medicamentos, pues éstos son controlados.

FOTOGRAFÍA 18



Herido que espera atención.

[38] "En el curso de la mutilación de la extremidad de una joven diabética y, ante la carencia de una sierra eléctrica, la médico residente utilizó una segueta manual, la cual continuamente se atoraba mientras cortaba el fémur, hasta que la rompió. Dado que no se tenía otra segueta de repuesto, el médico responsable llevó a cabo el corte sujetando uno de los extremos con unas pinzas". Notas del Diario de Campo.

Cuando no se localiza al personal, se le "vocea", lo que implica que, por alguna razón, no está en su lugar. Hay escasez de médicos por las noches y los fines de semana. Se les busca, como se busca una camilla disponible, una cama desocupada, una silla de ruedas. Se traslada al paciente a otro hospital, porque necesita atención especializada o requiere estudios que no proporciona el Rubén Leñero. Personas, lugares y objetos son motivo de contrariedad en el interior del hospital; como decíamos, revelan los conflictos entre las áreas e incluso entre el equipo de trabajo de un mismo servicio:

> El jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos regaña a la responsable de enfermeras del servicio porque un paciente se "desintubó". La responsabiliza por descuidarlo mientras ésta desayunaba. Ella alega que el equipo es anticuado; el respirador con el que cuentan tiene un brazo rígido que no se mueve cuando se desplaza el enfermo. Cuando el camillero y el enfermero acomodaron al paciente, el respirador se zafó, provocando que se aplicara el protocolo del "carro rojo" (de resucitación), lo que provocó la molestia del doctor.[39]

El movimiento de objetos y de personas es una manera de observar la intensidad de las interacciones que vive la institución. Existen objetos que son extensiones del cuerpo del médico, afines a su quehacer. Extensiones del yo, como diría Goffman. No es difícil asociar al cirujano con el escalpelo; al patólogo, con el microscopio; al internista, con el estetoscopio; a la secretaria, con la máquina de escribir; al camillero, con la camilla. Una enfermera dice que lo más sagrado es su charola y, si otra persona la manipula, realmente la hace enojar. Los instrumentos, la ropa y los objetos forman parte de la identidad del yo/médico. Los médicos que operan bajo la técnica de laparoscopía —que evita que se abra el cuerpo de forma invasiva— comentan que educan nuevamente sus sentidos a través de los brazos mecánicos y el monitor. En sus memorias el neurocirujano Henry Marsh comenta una situación similar al respecto:

> Tantos años operando con el microscopio, este instrumento ha acabado convirtiéndose en una extensión de mi propio cuerpo. Cuando lo utilizo, tengo la sensación de estar descendiendo por él hasta internarme realmente en la cabeza del paciente, y los extremos de mi instrumental microscópico se me antojan las yemas de mis propios dedos.[40]

[39] Notas del Diario de Campo.

[40] Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño,* Barcelona, Salamandra, 2016, p. 43.

Los objetos son parte del entorno. El cuerpo también. Espacios corporal e institucional se mezclan. Algunos objetos forman parte del yo/simbólico, del ego/territorial. La bata, el estetoscopio, el pijama quirúrgico y los guantes cumplen funciones específicas y responden a determinadas necesidades institucionales. Se usan en ciertos momentos y bajo determinados protocolos. Son objetos fetiche, que hechizan por la investidura que representan. Se ganan a fuerza de trabajo y esfuerzo. Son signos de prestigio que integran la identidad médica.

> *El reconocimiento de la jerarquía queda asegurado a través del uso de distintos uniformes y distintivos, y su reconocimiento social a través de la diferencia y el respeto. El personal médico lleva bata blanca (o, en los casos de médicos visitantes, un estetoscopio en el bolsillo); las enfermeras, según su rango, llevan diversos uniformes y distintivos, como el personal administrativo, conserjes, enfermeros, criadas, etcétera.*
>
> *Sociología de la medicina*
> Rodney Coe

En su ensayo sobre los dones, comenta Marcel Mauss que los objetos que intercambian los pueblos antiguos son talismanes, cosas vivas; les otorgan un valor que va más allá de la mera utilidad.[41] Las cosas son memoria, historia ancestral, vínculo entre el mundo visible y aquel otro que no lo es. La idea del objeto como actante no es reciente, ya estaba presente en la mirada sociológica y antropológica mediante la idea del espíritu, de la fuerza que contienen las cosas. El objeto —como lo demostraron las investigaciones antropológicas— es una extensión de la personalidad, como los gallos lo son para los isleños de Bali.[42] Hablamos de cosas, de ropa, de instrumentos que no sólo sirven como mediadores para llevar a cabo la práctica médica hospitalaria, sino también como reforzadores de distinciones y diferencias entre los personajes del hospital. Un celular no es únicamente un aparato que sirve para comunicarse y buscar información, también es una prótesis tecnológica que forma parte del ensamblaje del cuerpo, una firma comercial, un objeto a exhibir, un signo de distinción. En el mundo actual el celular forma parte de la indumentaria de los ciudadanos, también de los médicos.

[41] Véase Marcel Mauss, "Sobre los dones que se ofrecen y sobre la obligación de devolverlos (Polinesia)", en *Sociología y antropología*, Madrid, Tecnos, 1991, pp. 163-222.

[42] Véase Clifford Geertz, "Juego profundo: nota sobre la riña de gallos en Bali", en *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, 1992, pp. 339-373. Otros objetos pueden causar rechazo, incluso son fóbicos para algunas personas como las básculas y espejos para los que sufren de obesidad, pues les devuelven la imagen del agravio social.

El Comité de Mortalidad se reúne el primer martes de cada mes; mientras se expone algún tema, se observa a sus integrantes revisar la pantalla de su celular constantemente. Buscan algún reglamento, o información médica relativa a la discusión. Los celulares son utilizados para escuchar música y sacar fotografías durante la intervención quirúrgica, principalmente en aquellos casos de relevancia médica. El celular sirve para consultar un libro, un artículo, enviar o responder un mensaje, enterarse de un chisme o de una broma. Es un objeto de entretenimiento y distracción. Gracias a los celulares, los médicos residentes se mantienen comunicados entre ellos, lo que les permite conocer inmediatamente hechos insólitos que acontecen en la red de hospitales: un error médico, una malformación congénita, una muerte inesperada, el suicidio de un compañero o la humillación de otro.

FOTOGRAFÍA 19



En busca de señal.

Otros objetos que ordenan la circulación o el posicionamiento de las personas son los letreros y señales que hay en el hospital.[43] En la sala de espera del Servicio de Urgencias se puede leer un letrero que dice: "No se permite acostarse en las bancas". Los letreros indican, prohíben, informan, previenen, regulan, ordenan,

[43] "Existen 'señales centrales' que son objetos que anuncian una reivindicación territorial, cuyo territorio irradia a partir de ellas, como ocurre cuando se reivindica una silla en la playa con unas gafas de sol y una loción [...] Existen 'señales límite', objetos que señalan la línea entre dos territorios adyacentes. El listón que se utiliza en las cajas de los supermercados para separar los artículos

en ausencia del personal. En la misma sala de espera hay una oficina de "Admisión" donde los pacientes se registran para ser atendidos en los consultorios; en el vidrio de la ventanilla se puede leer un letrero que advierte: "En esta oficina sólo se registra al paciente, no es responsable de la atención médica". Estas prohibiciones nos permiten conocer aquellos comportamientos, interacciones o sucesos que se tratan de evitar porque precisamente son recurrentes, y dicha recurrencia es considerada un obstáculo o molestia para el personal del hospital; tales hechos no se perciben como un problema de desajuste institucional, por ejemplo, la necesidad de los usuarios de descansar después de muchas horas de espera por atención médica o información sobre algún familiar.

FOTOGRAFÍA 20



Sala de espera de la Unidad de Urgencias.

Hay carteles que advierten sobre el manejo de los residuos peligrosos, muestran la técnica del lavado de manos o señalan los requisitos para donar sangre. Éstos recuerdan la importancia de las ceremonias protocolarias. Están los cuadros informativos como los directorios médicos, los códigos de emergencia, la misión

comprados [...] Existen 'señales de oído', es decir, firmas incrustadas en un objeto para reivindicarlo como parte del territorio de posesión del firmante [...] Un objeto que es parte de un territorio puede funcionar también como señal de un territorio [...] Así, los objetos personales, que constituyen una reserva por derecho propio, se utilizan muchas veces como señales; el moverlos o desplazarlos, o incluso tocarlos es algo parecido a tocar el cuerpo de su propietario, y esos actos se evitan en muchas circunstancias o se realizan con la debida circunspección". Erving Goffman, *Relaciones en público. Microestudios de orden público*, Madrid, Alianza (AU, 252), 1979, pp. 59-60.

de los servicios, las estadísticas de eficiencia, la prevención de accidentes y caídas. Hay etiquetas que indican el uso correcto de las camillas, la lista de instrumental quirúrgico, el tipo de medicamentos. En las ventanillas de atención, encima de las puertas y paredes del hospital, hay letreros que impiden el contacto entre usuarios y el personal médico con advertencias negativas, como la de atender fuera de horario, informar sobre otra área del hospital, recibir reclamos o prohibir el paso a determinados espacios; son letreros/tabú que ordenan la interacción e instruyen el actuar de las personas, también muestran el control de los usuarios a través de la organización burocrática de los tiempos y espacios institucionales.

Hay un uso informal —impropio, diría Goffman— de los *espacios*, así como de los objetos. La relación de las personas con el espacio y los objetos que las rodean señalan ciertos parámetros de actuación. El que jabones, sillas, bolígrafos, batas, tazas, cuadernos y material didáctico, estén señalizados con el nombre del servicio es consecuencia de su desplazamiento o desaparición constante. Es común encontrar las sillas con el nombre de un servicio en la sala de espera de otro; las sillas de ruedas son utilizadas para transportar garrafones de agua. Algunos de los carritos que sirven para la distribución de los alimentos o de la ropa de cama para los hospitalizados se usan como puestos ambulantes de comida y bebida por parte del personal administrativo (que aprovecha los vacíos de autoridad o las complicidades con ella) para obtener un beneficio económico, a veces en detrimento de las funciones asignadas. Los carritos circulan discretamente —cubiertos con sábanas— por las áreas de hospitalización voceando: "Yaaa llegooó la hidrataciooooón"; venden sándwiches, arroz con leche, flanes, aguas de sabores, bolsas de papas y diversos alimentos chatarra. Muchas veces los residentes no salen a comer o algún otro empleado tiene un antojo, entonces, recurren a estos puestos rodantes —que antes de retirarse advierten: "Ya se va el carritoooo"— que se convierten en un alivio, ya que llevan muchas horas sin mitigar el hambre y la sed. La ley de la oferta y la demanda opera dentro y alrededor de la institución de variadas formas, por eso se ven estacionadas carrozas de empresas funerarias privadas y a sus empleados rondar por la puerta de emergencias abordando a las personas más afligidas o desconsoladas, con la finalidad de ofrecerles sus servicios.

El conflicto por el uso de los espacios es cotidiano. La bibliotecaria protesta porque la sala de lectura es utilizada para otros fines, como el de festejar los cumpleaños del personal, dormir, platicar, realizar reuniones "terapéuticas", entrevistar postulantes, comer el lunch, aplicar exámenes, etc. Durante el intermedio de algunas clases, alumnos y profesores acostumbran almorzar dentro de los salones y dejan los botes atiborrados de basura y una mezcla de olores en el ambiente. Por las mañanas, en el comedor del hospital las enfermeras se reúnen a puerta cerrada durante una hora (de 8:00 a 9:00), para desayunar. Los cubículos admi-

Fotografía 21



Microscopio electrónico.

Fotografía 22



Doctor Ramiro Palafox: análisis de muestra.

nistrativos de los servicios médicos son apropiados para dormir a ratos, comer algún alimento, realizar trabajo administrativo, presentar una clase académica o tener algún encuentro fugaz de carácter sexual.

La institución diseña sus espacios y los agentes se los apropian. El área de consultorios cuenta con un pasillo que los conecta a todos por la parte de atrás, este

FOTOGRAFÍA 23



Camilla.

pasillo tiene la función de evitar el contacto del médico a cargo con los pacientes y familiares, que esperan en una sala frontal. Este corredor también sirve para que las enfermeras se desplacen llevando y trayendo medicamentos; asimismo, por ahí pasan las personas recomendadas para ser atendidas sin que se den cuenta las personas que están esperando, de ahí que sea conocido como *el pasillo de las estrellas*.

FOTOGRAFÍA 24



Notas del Diario de Campo.

En 2016 el Hospital Doctor Rubén Leñero fue remodelado. En algunos servicios se quitaron paredes, se pintaron otras, se cambiaron pisos y se hicieron estancias más amplias para los pacientes hospitalizados; en fin, se rediseñaron los espacios internos. De cualquier manera, cada servicio tiene un toque personal, dado por el propio responsable. En efecto, el jefe de servicio puede introducir mobiliario a su gusto, colocar cuadros en las paredes, llevar un aparato de música, una cafetera, fotografías personales e imágenes religiosas que siempre dan cuenta de los gustos, las creencias y los afectos de los actores. La oficina de Terapia Intensiva cuenta con un escritorio y libreros de sólida madera con acabados en color caoba sobre los que hay diversos ornamentos y figuras metálicas; los gruesos libros de medicina le dan un aire de oficina ejecutiva que no presentan otros servicios. Otras jefaturas son más sobrias, con pequeños libreros metálicos y algún austero escritorio atiborrado de papeles, una computadora y fotos familiares. En todos los servicios hay imágenes y piezas religiosas: en repisas, libreros y paredes. En los muros se observan pizarrones en donde aparecen mensajes de felicitación por el cumpleaños de algún miembro del equipo, bromas sobre el resultado de un juego de fútbol, una frase "célebre" que conmine a ver la vida con optimismo o algún pendiente por realizar.

Fotografía 25



Archivo muerto.

Sangre, sustancia y don de vida

Y Patroclo
con el pie puesto encima de su pecho,
de su cuerpo la lanza iba arrancando,
y tras ella seguían añadidas
sus entrañas, y junto con la punta
de la lanza, además le extrajo el alma.

Ilíada
Homero

No es el alma con la sangre sino un solo término: alma y sangre. ¿Está diciendo Homero que la sangre es el alma misma? Sí, en un sentido literal.

Sangre. Notas para la historia de una idea
Julio Hubard

Se dice que salvar la vida es parte del compromiso hipocrático que adquiere todo médico cuando se gradúa. El cuerpo se considera un sistema equilibrado de entradas y salidas de fluidos, gases y componentes químicos; presión, temperatura, frecuencias, son medibles. Pero el cuerpo también es simbólico. Alberga una historia y una condición social, una manera de ser. Del Diario de Campo extraemos una historia en la que la sangre es considerada un ser extraño, un invasor con vida propia, que puede contaminar o apoderarse del espíritu de la persona:

> Relata un anestesiólogo que en cierta ocasión ingresó al hospital una menor de diecisiete años con embarazo ectópico (fuera del útero). La trompa uterina se rompió causando una severa hemorragia interna en la cavidad abdominal. Cirujano y anestesiólogo solicitan permiso a la madre para transfundir sangre. La madre se niega porque su religión lo prohíbe. Se contamina el cuerpo. Sacrilegio a Jehová. La hija agoniza:
> —¿Quiere que su hija muera? ¿Para qué la trajo al hospital? Lo mismo daba que muriera en casa —protestan los médicos.
> Persiste la negativa. El cirujano intenta sellar la hemorragia. El anestesiólogo insiste en que se acaba el tiempo y perderá a la joven paciente. Se recurre a una medida extrema: que la madre pase al quirófano para despedirse de su hija. Saben que un moribundo siempre impresiona:
> —La madre le dio la vida, la amamantó y la cuidó —comenta el médico—, que sea parte de su muerte. No era lo correcto —aclara—, pero la madre después de ver a su hija, finalmente accede a que reciba la sangre.

No se sabe lo que fue de sus vidas. Se dice que hay padres que abandonaron a sus hijos por recibir sangre ajena. Tal vez se salvó una vida y se perdió una familia. La sangre también es historia.[44]

El Hospital General Doctor Rubén Leñero antaño era conocido como la Cruz Verde y se decía que era un hospital "de sangre", precisamente por la gravedad de las lesiones que presentaban quienes llegaban a solicitar atención. Un policía que cuidaba a un paciente acuchillado decía que venía de un "punto rojo", es decir, de un lugar peligroso —venta de droga— donde hubo hechos de sangre. Los hospitales de emergencias como el Rubén Leñero son *hospitales rojos* —afirma un cirujano—. El color rojo es el color del protocolo de intervención en caso de una urgencia real; se equipara así el color con la violencia y ésta con la sangre (o, si se prefiere, el color con la sangre y ésta con la violencia).

FOTOGRAFÍA 26



Contabilizando la sangre.

La sangre, este órgano del cuerpo, esta sustancia de vida, es un significante poderoso que está presente en el vocabulario médico de manera real y también simbólica. El principal pago que recibe el hospital es en forma de donaciones de sangre de los familiares y amigos de los pacientes (es un requisito para externarlos). La sangre es un elemento vital, no sólo para los pacientes, sino para el funcionamiento del hospital y sus servicios: por medio de ella se conoce la salud del sujeto, como lo revelan los análisis diagnósticos de su química. La sangre literalmente es un ser viviente, un talismán que adquiere todo su sentido dentro del hospital.

[44] Notas del Diario de Campo.

FOTOGRAFÍA 27

Formato de donación de sangre.

"Los libros y los cadáveres no sangran" —comentan los cirujanos—. En favor del prestigio de su especialidad, por su parte, el neurocirujano Henry Marsh escribe:

> Como cirujano, uno tiene que volver a aprender anatomía desde cero, pues la de un cuerpo vivo y sangrante es muy distinta de la carne serosa y grisácea de los cadáveres embalsamados para la disección. La anatomía que aprendimos de aquellos cuerpos quizá tuviera un valor limitado, pero supuso un importante rito de iniciación que marcó nuestra transición del mundo profano al de la enfermedad y la muerte, tal vez hasta nos hizo inmunes a él.[45]

El cirujano lucha en contra de la sangre que se fuga del cuerpo, la succiona, la absorbe, la ve huir, busca la fuente, corta la carne, la cauteriza, la sutura. Evita, pues, que los heridos se desangren, *se vacíen*; por eso el cirujano la sigue, la huele, la conoce y la diferencia: *es sangre arterial*; comenta otro cirujano que, si *la sangre huele acidótica*, el paciente está próximo a morir. La sangre se pierde y se

[45] Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño*, *op. cit.*, p. 106.

repone; se encharca en las camillas y los pisos de los quirófanos. Anestesiólogos y enfermeras ordenan y contabilizan las gasas empapadas en sangre. Así, cotejan el material utilizado con el solicitado (no sea que se quede algo dentro del cuerpo), pero también de esta forma calculan la sangre perdida durante la intervención.[46] El anestesiólogo aumenta o disminuye la presión sanguínea para encontrar el origen de la herida y detener la fuga. Se controla o se escapa y, por tanto, se vive o se muere:

> Antes de quitar la pieza, por ejemplo, el útero, hay que verificar que las pinzas hagan su función de homeostasia y que no se vayan a liberar, porque habría un sangrado muy fuerte, difícil de controlar. Hay pinzas largas para los pacientes gorditos; la cavidad se llena de pinzas y se ve algo aparatosa. El anestesiólogo tiene la función de mantener al paciente con vida.[47]

FOTOGRAFÍA 28



Anuncio para buscar donadores.

[46] Detrás de cada litro de sangre solicitado por el anestesiólogo hay una ardua labor de convencimiento por parte de las trabajadoras sociales hacia los familiares de los pacientes, para que donen sangre. Ellas son quienes evalúan la condición socioeconómica de los pacientes, localizan a sus allegados y ayudan con el traslado de los enfermos a otros hospitales o a las instituciones de beneficencia pública. A decir de una de las trabajadoras sociales más experimentadas, a la familia de un paciente gravemente quemado se le piden hasta cuarenta donadores de sangre. Dado el número de donadores, las familias buscan el apoyo entre los amigos y conocidos; si no hay suficientes donantes, se buscan éstos por medio de la publicidad local colocando letreros en las tiendas y en los comercios.

[47] Entrevista al jefe de Quirófanos.

El pago por vivir es con sangre: ésta se dona y transfunde: se intercambia. En las manos, en la bata, son manchas propias del oficio del médico, pueden ser signos de prestigio. En el cuerpo, en la cabeza, son manchas de dolor, huellas del infortunio, presagio de tragedia. Dice David Sudnow:

> Las manchas de sangre que decoran los guardapolvos de los cirujanos, lejos de ser signos de suciedad, son indicios de hallarse en la tarea, y, en el caso de la cirugía, ello significaba un considerable prestigio. Las mismas manchas en el guardapolvo del asistente de la morgue, si bien señalan también su pertenencia a cierto tipo de tarea, no le crean precisamente prestigio.[48]

La sangre —objeto vivo— abre un campo significante: el del hospital, la cirugía y la enseñanza.[49]

Interconsulta hospitalaria: entre lo instituido y lo instituyente

Dicen que tengo un humor muy negro. Le digo al jefe de Medicina Interna: ¿qué se le puede ofrecer a un paciente con una enfermedad terminal? ¿Qué podemos ofrecerle al paciente nefrópata con diabetes? Si en este hospital no brindamos hemodiálisis porque es muy costosa, sino diálisis peritoneal (que tiene un riesgo mucho mayor de infección). Por eso lo único que le podemos dar es un certificado de defunción sin fecha. Dígame qué otra cosa podemos ofrecerle. Dígame qué no es cierto lo que le digo.

Fragmento de una entrevista a un médico ortopedista

En su libro *Sociología de la medicina*, Rodney Coe comenta:

> Cada uno de los servicios y departamentos del hospital realiza una función especial conducente al logro de sus objetivos. Por ello otra responsabilidad del administrador es la de coordinar todos los servicios para formar una entidad racional [...] Esto significa que, aunque personas de diferentes categorías pueden ocasio-

[48] David Sudnow, *La organización social*, *op. cit.*, pp. 71-72.

[49] "El símil entre el movimiento de los planetas alrededor del sol y la circulación de la sangre por el cuerpo humano nos hace pensar en la música. Pitágoras creía que el movimiento rítmico de los planetas era la fuente de la música. La música de las esferas celestes, expresión de la armonía más perfecta, no deja nunca de sonar, aunque jamás la oigamos. Del mismo modo, no oímos el rumor rítmico de la sangre, porque nos acompaña desde el día de nuestro nacimiento. Lo percibimos solamente en los raros momentos en que la armonía del organismo sufre graves perturbaciones, cuando las cosas van mal: en la enfermedad". Andrzej Szczeklik, *Catarsis...*, *op. cit.*, pp. 102-103.

> nalmente trabajar juntos, su orientación (y su lealtad) generalmente se dirigen hacia sus grupos ocupacionales, y no necesariamente a la situación particular en el hospital donde desempeñan su trabajo.[50]

La institución es un lugar de encuentro de ideas, intereses y proyectos distintos. Es un campo de fuerzas que impregna el quehacer de los agentes por medio de acuerdos informales, para que todo mundo camine sin muchos sobresaltos. El hospital no presenta una organización monolítica. Compuesto por servicios especializados al mando de un médico responsable, cada uno de éstos adquiere cierta lógica en su desempeño, así sea por el tipo de pacientes que recibe, es decir, la división técnica y especializada del trabajo de los médicos, que se corresponde en cada uno de los servicios; éstos trabajan con la demanda de sus propios pacientes, misma que se ve afectada por los tiempos laborales (vacaciones, días de asueto, congresos), así como por los desperfectos técnicos de los aparatos, por la escasez de materiales, etc. Su eficacia no depende de seguir cabalmente los manuales de funciones o los reglamentos, sino de los tiempos y movimientos de cada área determinados por las eventualidades.

Cuando cada servicio expone —en la clase general que se imparte los viernes en el auditorio del hospital— algún caso clínico, es común escuchar que el paciente, según el tipo de daño o enfermedad que padece, manifiesta determinado perfil emocional, por lo que requiere de cuidados y atenciones especiales. En efecto, no es igual tratar a un paciente quemado (proclive a las infecciones), quien necesita una dieta especial y demanda una particular atención emocional, que a una ansiosa paciente con obesidad mórbida, con una historia de violencia familiar, con patrones de discriminación social y malos hábitos alimenticios. Paralelamente, los niveles de estrés que vive el personal que trabaja en Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos son diferentes al que pueda experimentarse en el Servicio de Rayos X o Endoscopía. Se requiere no sólo un conocimiento, sino también un *carácter* determinado para trabajar en cada servicio.

Las funciones de gobierno son las de articular todos los servicios a través de la instrumentación de objetivos, llevar a cabo evaluaciones a través de reuniones y comités técnicos, como el de Mortalidad, Enseñanza o Bioética. El movimiento centrípeto de cada servicio se relaciona entre sí por medio de la política que instrumenten las autoridades gracias a ciertos protocolos que están arraigados en la vida cotidiana del hospital, como el llamado pase de visita y la interconsulta. Como en una fábrica donde se procesa alimento, desde que ingresa la materia prima hasta que sale el producto terminado, lo que impulsa la dinámica propia de

[50] Rodney Coe, *Sociología de la medicina*, *op. cit.*, p. 312.

Fotografía 29



Doctor Jorge Fuentes de la Mata. Clase de reumatología.

cada servicio del hospital son las personas enfermas y lesionadas que deben ser atendidas, desde su ingreso hasta su salida. Los protocolos reglamentados de actuación tienen la finalidad de garantizar el funcionamiento articulado de las diferentes instancias médico-administrativas. El pase de visita es un procedimiento que involucra a los servicios que integran el hospital con la sala de Urgencias.[51] Tiene la finalidad de que participen los distintos servicios, desde que ingresa el paciente, hasta que sale del hospital, vivo o muerto (si el cuerpo ingresa en "estado cadáver", el procedimiento es médico/legal y está a cargo de los médicos forenses

[51] "Los templos de Asclepio estaban situados en las afueras de las urbes, en los altos de las colinas, en medio de arboledas y cerca de algún manantial de agua cristalina. Tras cruzar el umbral del templo, el enfermo se sometía a ayunos y abluciones, se vestía de blanco y ofrecía al dios un sacrificio propiciatorio (que en la Antigüedad solía ser un gallo). Los griegos llamaban a estas ceremonias *kathamos*. Pretendían purificar al enfermo de sus culpas y reconciliarlo con dios. Después, 'en el silencio y la penumbra del templo por cuyos rincones reptaban serpientes domesticadas, el enfermo se entregaba a un sueño profético'. Por la noche aparecía el sacerdote-médico disfrazado de Asclepio y acompañado de sus asistentes: un puñado de criados y una serpiente. La comitiva pasaba de un enfermo a otro, y era la viva imagen de la procesión —llamada en Cracovia 'visita médica', y en Varsovia 'ronda'— que desde hace siglos invariablemente, recorre a diario la sala de nuestros hospitales. Repetimos aquellos pasos, imitamos aquellos movimientos, y lo hacemos también en el acto de curar, que ellos ejecutaban de noche imponiendo las manos, administrando fármacos, e incluso practicado intervenciones quirúrgicas. Después de la visita nocturna, el enfermo se despertaba a la mañana siguiente libre de la enfermedad, sano (*katharsis*)". Andrzej Szczeklik, *Catarsis*..., *op. cit.*, pp. 57-58.

y el Ministerio Público, en tanto agencia investigadora). Los médicos de cada uno de los servicios se presentan por turnos en la sala de Urgencias para saber si hay algún paciente que requiera de atención especializada, revisan su estado de salud, así como su evolución. Otra manera en la que participan los servicios es solicitando la interconsulta, por ejemplo, cuando entra a Urgencias un paciente quemado y se requiere —antes de llevar a cabo cualquier proceso invasivo sobre el cuerpo, como el de intubarlo— la valoración de Endoscopía, para que examine si hay o no quemaduras internas.

FOTOGRAFÍA 30



Enfermera Diana Ovalle. Clase de enfermería sobre el pasillo de la Unidad de Urgencias.

Todos los hospitales escuela cuentan con diferentes especialidades médicas y, por ende, su interior está dividido en servicios que se brindan a la comunidad, de conformidad con dichas especialidades. Decíamos que existen especialidades o subespecialidades relacionadas con los órganos o partes del cuerpo, como el corazón, los ojos, la piel o las manos. Otras más parten de la condición de la persona, como la vejez, la obesidad o el embarazo. Ante la complejidad del cuerpo humano siempre hay una zona de incertidumbre para el conocimiento, lo que dificulta trazar los límites en torno a la responsabilidad que tiene cada servicio con algunos pacientes que necesitan ser atendidos por varios especialistas. No obstante, estas divisiones científico-técnico-burocráticas no parecen ser un obstáculo insalvable para el funcionamiento del hospital, aunque, sin duda, el tiempo de atención oportuna por cada servicio que interviene puede incidir en la evolu-

ción del paciente. Cuando se complica la salud de un hospitalizado, no es ocioso considerar la variable del tiempo que transcurre desde que ingresa —y éste es atendido en cada uno de los servicios— hasta que es dado de alta.

Existe una distancia entre ser intensivista, cirujano plástico, internista, cirujano general, rehabilitador, etc.; pero esa distancia se desvanece cuando los médicos de forma conjunta intervienen para valorar al paciente. La organización institucional tiene que caminar en consonancia; por ejemplo, cuando una persona lesionada es recibida en Urgencias, se traslada a Terapia Intensiva, de ahí se le ingresa al quirófano (donde intervienen el cirujano general, la oftalmóloga, el plástico, el ortopedista), se lleva a recuperación y finalmente a rehabilitación. Mientras tanto, la familia es acogida por los psiquiatras y psicólogos. Dependiendo del tipo de lesión o enfermedad, de la gravedad y de la evolución del paciente, se sabe cuántos especialistas podrían intervenir. Ya comentamos que la participación de cada servicio es por medio de la interconsulta, pero también puede ser por medio de la aplicación de algún código de emergencia (código mater, código trauma, etc.) que supone la intervención simultánea del equipo de médicos especialistas.

> *Un joven paciente camina con toda la cabeza vendada. Sólo unos pequeños orificios destacan, a la altura de los ojos. El cabello brota de arriba de la cabeza de momia, como si fuera una palmera. Es una planta andante, que tiene por maceta una bola blanca con ojos.*
>
> Notas del Diario de Campo

La interconsulta con otros hospitales se realiza a través de una solicitud al director del hospital (y, si éste no se encuentra, se gestiona con el subdirector médico o el asistente de la Dirección), quien intercede en oficinas centrales, para lograr el traslado del paciente. Esto implica, por parte de los médicos, que cumplan con una serie de trámites burocráticos que obviamente retardan el traslado y, por ende, la atención del paciente, por lo que recurren al favor personal. Comenta un anestesiólogo:

> La interconsulta informal —como favor personal— no está bien, pero para cuando termine de cubrir todos los trámites administrativos, de la A a la Z, y me reciban al paciente en otro hospital, éste ya se murió. El obstáculo está en todo el sistema de salud, a nivel local y federal. Cuando tenemos un familiar enfermo, por ejemplo, con sospecha de cáncer, y queremos realizarle un estudio por la vía institucional, nos dicen que regresemos en seis meses. En cambio, como médico, le pido el favor a un amigo que trabaja en el hospital donde se hacen los estudios que necesito y

> lo programa en dos o tres días. El tiempo no se compara y puede ser decisivo para la salud del paciente.[52]

En medicina el conocimiento de las enfermedades avanza gracias a la investigación científica y la innovación tecnológica. Sin embargo, la realidad de un hospital de salud pública de segundo nivel es otra. La rapidez de la interconsulta externa formal o no depende, entre otros factores, de la disponibilidad del equipo, del transporte, de los materiales, de la mediación entre colegas:

> Un paciente ingresa a Urgencias con dolor de vesícula. El tiempo en que realizan los análisis de laboratorio, los estudios de ultrasonido y lo mandan a valorar a otra área es de aproximadamente ocho días. En ese lapso su condición puede complicarse, por ejemplo, por una úlcera de presión. Entonces tendría que ingresarse a Terapia Intensiva. Y uno se pregunta: si llegó desde hace ocho días ¿qué se hizo en todo ese tiempo? ¿Quiénes trabajaron y quiénes no lo hicieron? Entonces te enteras de que no hubo los recursos para hacer los análisis de laboratorio, que los familiares no se presentaron para apoyarlo, que faltó personal de enfermería, que el médico no se presentó tal día. La realidad del hospital es muy compleja.[53]

De ahí que las amistades y los denominados "contactos" sean cruciales para resolver la infinidad de problemas que presenta un hospital, como consecuencia de la variedad de casos que ingresan y las limitaciones a las que se enfrentan médicos y enfermeras. Estos canales informales son una especie de "directorio" de amigos y conocidos con el que cuenta cada médico y que se va ampliando a través de los años, al cual puede recurrirse en caso de alguna necesidad particular. Esta red de respaldo y asistencia informal liga a la persona con el hospital donde trabaja; la red es la base para que opere este sistema de favores mutuos que únicamente funciona si se hace a un lado la pesada normatividad.[54] Por ejemplo, cuando ingresa un paciente infartado, y se carece de la especialidad en el Rubén Leñero, el médico responsable del paciente busca su traslado a otro hospital donde puede ser aten-

[52] Fragmento de una entrevista con un médico anestesiólogo.

[53] Fragmento de una entrevista a una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos.

[54] Comenta el jefe del Servicio de Quirófanos: "Recurrir a los favores es incorrecto, es como si el chef de un restaurante le dijera a su patrón que ya no hay carne, y éste le respondiera que resolviera el problema él.

"—Pero si usted es el dueño, cómprela.

"—No, no, resuélvelo; pide el favor a otro restaurante de que te consigan o fíen la carne". Cuando la realidad es que se le tiene que pedir el dinero al dueño para comprarla, no se trata de estar pidiendo favores. Por eso, el personal del hospital debe solicitar al director la autorización de un traslado, un estudio o una intervención específica". Fragmento de una entrevista al jefe de Servicio de Quirófanos.

dido. Detrás de cada llamada telefónica se activa una red de amistades y compromisos, de reciprocidades y obligaciones informales. El observador capta el momento del telefonazo:

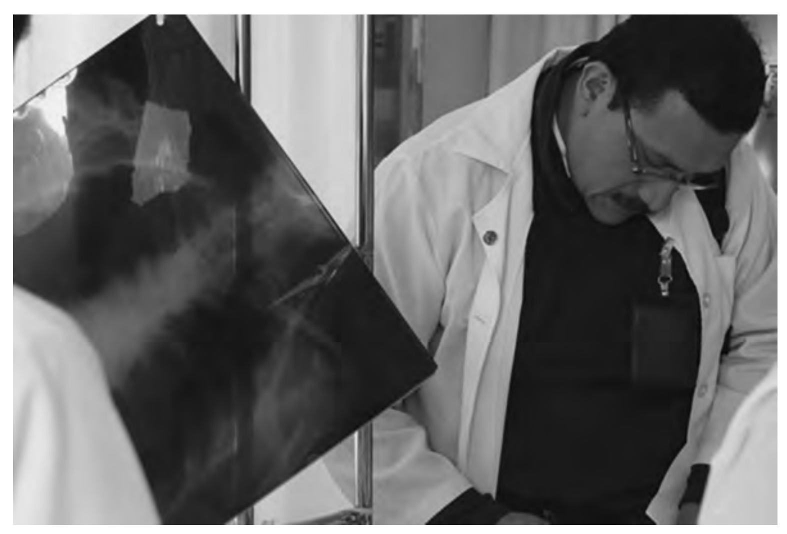
> [Suena el teléfono y el jefe de Servicio responde]
> —¿Bueno? ¡Qué pasó, mi querido Pepe! ¿Qué novedades? ¿Lo van a recibir en Urgencias? Ok. ¡Sí, claro! Claro que sí, Pepe. Te agradezco muchísimo. ¿Quién lo va a aceptar? ¿Por quién preguntan ahí, en Urgencias? Sí está la hoja. Ok. No hay problema, pero ya están avisados, ¿no? Llegamos directo a Urgencias. Ok. Yo creo que corresponde a [...] sí, ¡exacto! Yo creo que es más "Enefro" y que después le metas mano tú a todo lo inmunológico, ¿no? Oye Pepe, mil gracias. Entonces, no se pregunta por nadie, ¡ya está!, Pepe ya dio la autorización y no hay problema [...] Sale, un abrazo. Tenemos pendiente una comida [...] No te mortifiques, sale, nos juntamos. Gracias, un abrazo a ti también.[55]

El fragmento del Diario de Campo recoge parte de la continuación de un diálogo anterior entre el jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rubén Leñero y un colega de otro hospital, sobre la necesidad de trasladar a un paciente con problemas renales al que tenía que practicársele una biopsia. El Hospital Rubén Leñero no cuenta con los recursos para realizarla; comenta el doctor: "en la red a la que pertenece el hospital no se llevan a cabo estudios inmunológicos sobre una biopsia renal; tenemos los conocimientos pero no los recursos tecnológicos; no es petulancia, pero se recurre a todas las relaciones de amistad que tenemos para resolver los problemas".[56] Dos médicos conocidos tienen capacidad autónoma para decidir en sus respectivos servicios y aún más allá, por encima de la burocracia. Los une la necesidad de brindar una atención oportuna al paciente, de salvarle la vida, porque no puede ser atendido en el momento por la falta de especialistas o de la tecnología adecuada.

El tiempo de la evolución de un enfermo en la Unidad de Cuidados Intensivos es estructuralmente discordante con el tiempo burocrático que dicta la solicitud formal de la interconsulta externa y su eventual aprobación. La condición de salud de un paciente que se encuentra en dicha unidad puede cambiar en cuestión de minutos. Puede ser que se respete la norma y aumente la probabilidad de muerte. La dinámica institucional entra en conflicto con la reglamentación; la situación no obedece únicamente a una decisión personal o caprichosa entre dos médicos amigos, preocupados por sus pacientes, sino a una presión a la que se ven sometidos y que es de carácter estructural:

[55] Notas del Diario de Campo.
[56] *Idem*.

FOTOGRAFÍA 31



Doctor Rubén Hernández. Pase de visita.

> Un 23 de diciembre, en víspera de Navidad, ingresa un hombre de 29 años infartado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Poco después éste sale envuelto en sábanas y sujeto a la camilla. Lo trasladarán del Hospital Rubén Leñero a la Cruz Roja de Polanco, y de ahí al Hospital Belisario Domínguez que se ubica en la delegación Iztapalapa, donde cuentan con el Servicio de Cardiología. En el Belisario Domínguez se le intervendrá quirúrgicamente. La gestión informal la hizo el jefe de Servicio de UCI, quien les dice a los familiares del paciente que tuvieron suerte, porque en días festivos se complican los trámites que se hacen vía telefónica con los amigos y conocidos de otros hospitales.[57]

El Servicio de Interconsultas es impensable fuera del sistema de intercambios informales entre los médicos, que se ven obligados a luchar por su cuenta porque carecen de los materiales, los medicamentos, los aparatos especializados e incluso de órganos como la sangre o las plaquetas. Una tarde registramos la siguiente situación en el Área de Quirófanos:

> En la puerta principal del quirófano, por donde ingresan los pacientes para ser intervenidos, dialoga el médico cirujano con el anestesiólogo. Ambos se encuentran a un lado de la camilla, donde el paciente, acostado, espera ser operado. El anestesiólogo advierte al cirujano del riesgo que corre el paciente si es intervenido.

[57] *Idem*.

Deciden suspender la operación. En esos momentos llega el hijo del paciente y pregunta por el estado de salud de su padre. Lo atiende el anestesiólogo y se da el diálogo siguiente:
Anestesiólogo: Buenas tardes, soy el doctor fulano, el anestesiólogo.
Familiar: ¿Por qué no intervienen a mi padre?
Anestesiólogo: Mira, chavo, hay muchísimo riesgo de hacerlo. Detectamos que tu padre tiene bajas las plaquetas. Cuando se corta una persona y se le hace la costra, es gracias a las plaquetas que se encargan de la coagulación. Necesito conseguirlas y ponérselas en el momento de la intervención quirúrgica para que le ayuden a coagular, para que no sangre, porque el riesgo de muerte es muy alto. Tu padre viene grave y con riesgo de morir y, sin plaquetas, el riesgo se eleva. Las plaquetas le van a dar una oportunidad de vivir, pero no se te puede garantizar nada. Necesito conseguirlas. Necesito hablar a diversos lugares para conseguirlas.
Familiar: ¿Puedo donar sangre y que se le ponga?
Anestesiólogo: Esto es un proceso complicado. No sólo es sacar la sangre y filtrarla. Hay que hacer estudios de compatibilidad con tu papá. Una transfusión sanguínea es como una donación de órganos, puede rechazarla el cuerpo.
Familiar: Es que me dijeron que se encontraba estable...
Anestesiólogo: Cuando un paciente está grave no puede estar estable, la estabilidad no existe cuando la condición del paciente es grave. Ése es un error que a veces cometemos los médicos. Sigue grave y punto.
Familiar: ¿Y si me lo llevo a otro hospital?
Anestesiólogo: Ésa es una posición extrema, porque las probabilidades de un desenlace fatal son las mismas aquí que en otro hospital. Voy a ver si tengo un conocido en otro hospital en el banco de sangre, trabaja en cirugía, espero que me responda [...] [El doctor inicia una llamada telefónica].[58]

Este diálogo entre el especialista y el hijo de la persona enferma se presenta en la puerta de entrada de los quirófanos, después de que se decidió suspender la intervención en el abdomen. Al hijo se le informó directamente de la grave situación en la que se encontraba su padre, por lo que su estado de ansiedad aumentó. Minutos después, el anestesiólogo consiguió las plaquetas en otro hospital, donde trabajaba por las mañanas y tenía conocidos.

El intercambio se manifiesta de forma personal entre los médicos. Los acuerdos informales se realizan con base en la amistad, que tiene su fundamento en la reciprocidad que crea —como decíamos— una red de apoyo a través del tiempo. Los intercambios pasan por una infinidad de situaciones (compartir alimentos, felicitaciones, medicamentos, materiales, recomendaciones) que quedan como una deuda de agradecimiento mutuo, por el apoyo brindado. Los desequilibrios

[58] *Idem*.

de la organización hospitalaria generan un sistema de dones y reciprocidades que oscilan entre la amistad y la obligación.[59] Este tipo de intercambios se da a todos los niveles, incluyendo el más básico, con los residentes; éstos se integran a una cadena de favores y obligaciones con el fin de agilizar los análisis de laboratorio, de obtener determinados medicamentos e insumos, conseguir un espacio, una cama, una interconsulta, etc. El residente utilizará los recursos que tiene a su alcance para obtener lo que le solicitan, lo que lo obliga a ser parte de esta cadena de reciprocidades (regalos, invitaciones, clases, operaciones) mediada por el coqueteo, el flirteo, la frialdad y los pagos monetarios.

FOTOGRAFÍA 32



Residentes en pase de visita.

Regresando al sistema de interconsultas interno —que tampoco carece del favor personal—, éste no siempre se lleva a cabo de la mejor manera. Sobre la base de este toma y daca subyace latente el conflicto, que en cualquier momento puede aflorar. En efecto, si bien un paciente puede ser trasladado de un servicio a otro, el seguimiento y la responsabilidad del mismo pueden llegar a ser un problema. En los servicios se dice que el *paciente tiene dueño*, es decir, que en todo

[59] "[...] el que obsequia sabe que su acto generoso tiene todas las posibilidades de ser reconocido como tal (en vez de parecer una ingenuidad o un absurdo, un 'disparate') y obtener el reconocimiento (en forma de contraobsequio o gratitud) del beneficiario, en particular, porque los demás agentes implicados en ese mundo y moldeados por su necesidad también esperan que las cosas sucedan de ese modo". Pierre Bourdieu, *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama, 1999, p. 254.

momento se tiene muy claro a quién pertenece, incluso cuando de responsabilidad legal se trata. En principio, el compromiso depende del área que traslada al paciente; una vez trasladado, la responsabilidad recae en ambos servicios, lo que puede generar malentendidos, principalmente si el paciente se agrava o incluso muere, ya que puede pensarse que es por descuido de alguno de los involucrados (el que traslada o el que recibe):

> En una ocasión un paciente de Urgencias fue trasladado al quirófano y como no pudieron quitarle un tubo y no despertaba, lo trajeron a Terapia Intensiva. Esto es resultado de la apatía del personal responsable que, en lugar de hacer bien su trabajo y externar al paciente, lo traen aquí, como si la UCI fuera el bote de la basura. Se debe entender que terapia intensiva es un servicio de apoyo para sacar al paciente de un estado crítico. Si, por ejemplo, están involucrados los servicios de Medicina Interna o de Ortopedia, son ellos los que tienen que responsabilizarse del paciente y venir a UCI a atenderlo, pero dicen que ya no es su paciente, por estar en otro servicio.[60]

En otras ocasiones se busca trasladar el excedente de pacientes cuando algún servicio está rebasado y se requiere "despresurizar". En el argot hospitalario este hecho se conoce como *aventar la papa caliente*; es una manera de no hacerse cargo de las propias responsabilidades trasladando al paciente a otro servicio. Otro conflicto reiterado refiere a la falta de dedicación de los urgenciólogos, quienes, en lugar de atender como se debe a los pacientes, los derivan —hospitalizan— hacia alguno de los servicios del hospital. Comenta un médico internista:

> El Servicio de Urgencias no cumple con su función; cuando recibe a un paciente, lo atiende el médico "filtro", quien lo tiene unas horas en observación; posteriormente, quiere trasladarlo a Medicina Interna. La verdad es que debe tratarlo el Servicio de Urgencias, hacer los estudios, e iniciar el procedimiento y, de ser el caso, externarlo. Si un paciente tiene infección en vías urinarias y trescientos de glucosa, en lugar de iniciar el tratamiento, lo primero que hacen es enviarlo a Medicina Interna, para que ahí se lleve a cabo. Fui profesor titular de las residencias en el Servicio de Urgencias en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El servicio no tiene que solicitar apoyo de nadie si no es el caso. Ahí se decidía qué hacer. Si uno de los residentes me decía que el paciente requería un cardiólogo, le preguntaba para qué:
> —Es que lo oigo raro.
> —¿Qué es eso raro que escuchas? ¿En qué consiste lo raro?
> —Es que es un soplo.

[60] Fragmento de una entrevista a una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos.

—¿Qué características tiene el soplo y cuáles son los síntomas del paciente? Al final me decía:
—Tiene siete de hemoglobina, ciento cuarenta de glucosa, está estable.
—¿Entonces para qué lo llevamos al cardiólogo?
Únicamente se debe enviar el paciente al especialista cuando se requiera. Por eso yo les digo a los urgenciólogos del Rubén Leñero que son los *edecanes*, es decir, quienes pasan o trasladan de un lugar a otro a las personas.[61]

FOTOGRAFÍA 33



Residentes en clase con el doctor Ramón Salvador.

El problema no es fácil de resolver en términos normativos o instrumentales, porque hay que valorar a un paciente que en el desarrollo de su enfermedad puede cambiar de condición en cuestión de minutos, y los servicios se culpan porque no llevaron a cabo determinado procedimiento; lo anterior no siempre responde a un problema de omisión, sino de la evolución del enfermo. Algunos pacientes son considerados desde el punto de vista del "costo/beneficio", y no son ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos, porque presentan falla múltiple y se sabe que van a morir, por lo que se valora si se les da de alta o son ingresados a Medicina Interna.[62] El testimonio anterior señala el recorrido del paciente dentro del

[61] Fragmento de una entrevista al jefe de Medicina Interna.

[62] "Si una anciana con fractura de cadera tiene una embolia grasa en el pulmón o el cerebro, cae en paro; si, además, tiene problemas renales y se le administra bicarbonato para hacer funcionar los riñones o el corazón, únicamente vive por el medicamento. Sin embargo, cuando se vaya lo

hospital. Una vez que es recibido en urgencias, pasa con el médico que autoriza o no el ingreso, es el que "filtra" al paciente de conformidad con el tipo de urgencia, real o sentida. Posteriormente, el paciente es puesto en observación; entre tanto, se llevan a cabo los estudios pertinentes para iniciar el tratamiento. De acuerdo con la evolución del enfermo, se decide hospitalizarlo o, en su caso, externarlo. Dicho con el humor negro de un cirujano: "el paciente de urgencias no debe estar más de ocho horas en el servicio; en ese tiempo, se debe tomar la decisión de *enviarlo a su casa, ingresarlo al hospital o mandarlo al panteón*".[63]

FOTOGRAFÍA 34



Pasillo y camilla.

La estructura institucional diseñada por jefaturas de servicio y turnos de trabajo permite una franja de aprovechamiento relacionada con la evasión del mismo sin romper ninguna norma; también obedece a problemas de falta de recursos, de seguimiento de cada paciente y agilidad burocrática. El traslado de un paciente puede justificarse de conformidad con el protocolo de interconsulta, en donde los servicios involucrados se ponen de acuerdo. Una vez cumplido el trámite for-

---

eliminará y morirá. ¿Hasta dónde debe intervenir un servicio? ¿Qué calidad de vida tendrá la paciente al salir? Cuando se llevan a cabo estos tratamientos, lo único que se hace es cambiarle la fecha de defunción al paciente". Fragmento de una entrevista a una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos.

[63] Fragmento de una entrevista a un cirujano.

mal, algo no concuerda para la parte que recibe al paciente, ya que se sospecha que se derivó para evadir el trabajo que se pudo realizar en el servicio de origen.[64] Esta evasión del trabajo también puede darse entre los turnos de un mismo servicio. En efecto, es común que en el hospital ingresen al Servicio de Urgencias pacientes durante el turno de la noche. Si la lesión no pone en peligro la vida del paciente, se les deja en las camillas, en las bancas e incluso en el piso esperando, para que sean atendidos por el turno de la mañana. El paciente es registrado, se le administra algún medicamento, se le tiene en observación, pero se deriva su atención al turno siguiente. Revela un médico cirujano:

> Cuando era residente, todas las mañanas atendía a pacientes con pie diabético; tenía que hacerles la curación, es decir, limpiar la herida, colocar el medicamento, cambiar los vendajes, etc. Este tipo de labores no son agradables. Me preguntaba por qué todas las mañanas me esperaban este tipo de pacientes, hasta que uno de ellos me dijo: qué bueno que llega doctor, porque el médico del turno anterior me dijo que lo esperara porque usted era el especialista en pie diabético.[65]

Es sabido que algunos médicos ginecobstetras, poco antes de salir de su turno, les aplican a las mujeres que están cerca de parir ciertos medicamentos para acelerar o retrasar el trabajo de parto, a fin de que el bebé nazca en el turno siguiente. El tema de los moribundos es similar. Y todo esto sin violentar la norma.

El reclamo entre servicios es habitual y forma parte del mecanismo de horarios e interconsultas. La figura más extrema es la de "cargarle el muerto" a otro servicio.[66] La certeza de que se huye de la responsabilidad (y los trámites correspondientes) de un fallecimiento surge cuando el paciente muere poco tiempo después de ser recibido; cuando sucede este hecho, el servicio afectado considera que le pasan "la papa caliente" o le "cargan el muerto":

[64] Si a un paciente con un tumor cancerígeno complicado de extirpar se le manda a realizar un análisis de laboratorio que tardará tres meses en ser entregado, ¿hasta dónde se puede afirmar que se evade llevar a cabo una prolongada —o costosa— intervención quirúrgica, porque se considera que el paciente no es recuperable? Dicho con otras palabras, la tardanza en la entrega de los análisis ¿es una apuesta a que el cáncer avance y se evite la intervención? ¿O simplemente es un problema de una alta demanda de usuarios?

[65] Notas del Diario de Campo.

[66] Comenta el investigador K. R. Eissler: "[...] he notado algunas pocas veces que la muerte puede considerarse como un acto malintencionado destinado a molestar a los demás. Un médico se quejó amargamente porque la mayoría de sus pacientes mueren por la noche y por lo tanto deben levantarse para firmar los certificados. Sin duda, tenía la idea de que los pacientes debían morir en otro momento, para no molestarlo". Citado por David Sudnow, *La organización social...*, *op. cit.*, p. 106.

> Una vez la ambulancia trajo a un paciente que había fallecido durante el traslado. En esos casos, el cuerpo debe quedarse en la ambulancia y pasar al Servicio de Patología para decidir si se envía o no al Instituto de Ciencias Forenses para la autopsia legal. No obstante, el personal de la ambulancia, simulando una respiración agitada, saca apresuradamente el cuerpo (como si el paciente estuviera vivo) y lo lleva a Urgencias. Cuando el médico del servicio lo revisa, constata que no tiene signos vitales. Los paramédicos alegan que segundos antes traía frecuencia cardiaca. Todo esto lo hacen para evitar los trámites con la autoridad y escaparse del interrogatorio del Ministerio Público sobre cómo falleció, si lo mataron, etcétera.[67]

Durante los casi cuatro años en que se realizó la presente investigación (2014-2017), hubo un promedio mensual de 40 fallecimientos. Es explicable que la mayoría de estas muertes se concentrara en tres servicios: Medicina Interna, Cuidados Intensivos y Urgencias. La muerte acaecida en un "servicio impropio" es una situación que sucede de vez en cuando y, decíamos, forma parte de la dinámica institucional informal; los agentes de un servicio, conocedores de la institución, aprovechan ciertos momentos y condiciones, como la inexperiencia de los residentes, la ausencia del jefe de servicio, determinados horarios o cambios de turno, para simular la necesidad del traslado de uno a otro servicio.[68] Comenta un anestesiólogo que en una ocasión se solicitó a uno de los médicos residentes sin experiencia el ingreso a Quirófanos de un paciente de gravedad y éste lo recibió. Momentos después se percataron de que el paciente estaba muerto. En su opinión, el personal del Servicio de Urgencias lo llevó sin vida y, una vez recibido por el Área de Quirófanos, ésta tuvo que hacerse responsable. En ese mismo sentido comenta un internista:

> El fin de semana sólo tuve un médico en el turno de la noche y no tenía ninguno en el turno de la mañana. El personal de Urgencias en lugar de subir a aquellos pa-

[67] Fragmento de una entrevista al jefe de Servicio de Medicina Interna.

[68] El sociólogo David Sudnow, constata dicha situación en su estudio llevado a cabo a finales de los años sesenta en un hospital de caridad ubicado en la costa oeste de los Estado Unidos: "Hay varias otras prácticas destinadas a evitar o aliviar el procesamiento de un cadáver, y también ellas implican el tratamiento de los enfermos antes de su muerte, como si ya estuvieran muertos. Una de las más comunes es el uso impropio de los traslados en las salas. Un paciente que ingresa en la sala de emergencia y cuya condición es tal que cabe esperar una muerte muy próxima, puede ser trasladado a una sala quirúrgica o clínica, bajo el pretexto de que está desahuciado y no corresponde a la sala de emergencia. El motivo real es sospechado por el personal de la sala; traspasando a un moribundo a estas salas los de emergencia se evitan todo el procedimiento que implica un paciente a punto de morir y luego un cadáver". David Sudnow, *La organización social...*, *op. cit.*, pp. 102-103.

> cientes que necesitan estudios de Medicina Interna, sube a otros pacientes graves para que se mueran en el servicio, ¿y a quién se los cargan?[69]

El tema apunta a la coordinación que existe entre los servicios del hospital desde que ingresa un paciente hasta su salida, vivo o muerto. No es un tema menor en la medida en que no todo fluye como lo señala la normatividad hospitalaria. La salida de un paciente que ha sido "dado de alta" médicamente puede llevar más tiempo del necesario, debido a cierta desidia, descuido o retraso burocrático (por ejemplo, en el llenado de los expedientes); la queja de la falta de camas se relaciona algunas veces con este hecho. La atención del paciente está mediada no sólo por su condición clínica, sino también socioeconómica (si viene recomendado, si cuenta con las prótesis, etc.). El tiempo de espera para ser atendido depende del día, la hora y el turno en que ingresa la persona; de la procedencia social e institucional (reclusorio, psiquiátrico, abandono, detenido).

Existen reglas no escritas de solidaridad entre el universo médico, como la de apoyarse en una situación crítica, no cobrar dinero por una consulta, no delatarse, etc.; no obstante, ello no impide que tras bambalinas se descalifique el trabajo entre compañeros del hospital. El Servicio de Bariatría presume que su tasa de mortalidad está abajo de los estándares internacionales, sin embargo, si ocurre algún deceso en el servicio, sus médicos son calificados por el resto del personal médico como *los matagordos*. La muerte, como consecuencia de la gravedad de un paciente, puede ser motivo de burla por parte de los colegas, principalmente cuando se considera que es fruto de un error médico (aunque derive de una consecuencia inesperada). Un relato de burla y escarnio es el siguiente:

> Un *bypass*, significa que te dejan el estómago del tamaño de una botellita de Yakult. Se corta el intestino y el estómago queda chiquito. Se realiza un puente con cierta parte del intestino, para que absorba los nutrientes. De ahí el nombre de *bypass*. Una posible complicación de la intervención es que se empieza a cerrar el conducto y las personas no pueden comer. Este problema se resuelve por endoscopía. Me sucedió con un chico que en el momento en que hice la apertura, introduje de más el endoscopio y perforé el intestino. En ese momento no advertí la lesión. Después del procedimiento interrogué al paciente: ¿cómo te sientes? Por experiencia en el trabajo, sentimos la enfermera y yo que algo no andaba bien, no obstante, el paciente respondió que se sentía bien en ese momento. Le comenté al paciente que cualquier cosa inusual que apreciara en su cuerpo, inmediatamente regresara. A las 48 horas regresó muy grave y fue internado. El paciente originalmente llegó de Bariatría donde fue operado cuatro veces, con la misma cantidad de ingresos en Te-

[69] Fragmento de una entrevista al jefe del Servicio de Medicina Interna.

> rapia Intensiva. Todos los días lo visité. El caso generó encono, desgaste y situaciones difíciles entre colegas y autoridades porque, a pesar de que participaron varios servicios, se me responsabilizó directamente a mí por la perforación. Las burlas no se hicieron esperar.[70]

Además, el médico cirujano tuvo que enfrentar una demanda civil por parte de los familiares del paciente. Institución y colegas se deslindaron del error médico, que forma parte de la rumorología que se despliega entre las oficinas y los pasillos.

FOTOGRAFÍA 35



Indicaciones protocolarias.

La intervención del médico es en ocasiones tomada por los familiares como causa de daño o muerte del familiar, al que se lleva en condición crítica: "Mi familiar estaba gordito, pero sano". La muerte abrirá siempre un área de sospecha de la que el cirujano se deslinda, no porque sistemáticamente evada su responsabilidad, sino por las fluctuaciones imprevisibles que presenta cada persona: "El paciente no respondió al tratamiento". Efectivamente, los cirujanos más sagaces afirman que existe una franja de incertidumbre sobre la reacción que cada pa-

[70] Fragmento de una entrevista con el jefe del Servicio de Endoscopía.

ciente presenta después de una operación; tampoco se sabe a ciencia cierta cómo aquél responderá a los medicamentos. Siempre existe el riesgo de consecuencias fatales, como dice Andrzej Szczeklik: "La importancia del médico [...] cuando no es capaz de identificar a la enfermedad, cuando no entiende la 'confesión del cuerpo', cuando no encuentra respuesta a la pregunta de por qué ocurre lo que ocurre, cuando no sabe ayudar [...] Esa impotencia pronto deja de ser un asunto personal, pues afecta al enfermo y a sus familiares [...] La sociedad entera está herida".[71]

Enfermería y Trabajo Social

El ritmo cardiaco empezó a aumentar. El médico decidió interrumpir el proceso. El paciente pidió perdón por no soportar el paso del endoscopio por su garganta y esófago. La enfermera lo calmó, le dijo que no se preocupara. Tenía 80 años y dice que es escultor. Manos gruesas, me recuerda a mi padre. Las mismas manazas, dedos gruesos aparentemente torpes para el hilado fino, pero listas para cargar, ensamblar, serruchar. Lentamente se incorporó y se colocó los zapatos. Su cuerpo llevaba la marca del tiempo.

Notas del Diario de Campo

Las enfermeras, como las trabajadoras sociales, realizan funciones importantes y necesarias dentro del hospital. Cada uno de los servicios cuenta con el apoyo de enfermería y trabajo social. El Servicio de Enfermería en el Hospital Rubén Leñero, cuenta con aproximadamente 300 personas y es una parte fundamental en el funcionamiento y la eficiencia hospitalaria. La carrera de enfermería cuenta con estudios de posgrado en distintas especialidades (oncológica, infantil, del adulto en estado crítico, neurológica, en salud mental, preoperatoria, rehabilitación, etc.). Las labores que desempeñan las enfermeras dependen también del tipo de hospital y del servicio al que se encuentran adscritas. Las enfermeras de un hospital especializado en cáncer infantil enfrentan problemas distintos de aquellas que laboran en un hospital psiquiátrico, con enfermos crónicos.[72] Lo mismo

[71] Andrzej Szczeklik, *Catarsis...*, *op. cit.*, p. 33.

[72] "Las notas médicas que las enfermeras realizan en el psiquiátrico sobre la conducta son reportadas al médico para fines de tratamiento y medicación. El desempeño clínico, no obstante, se mezcla con la función de vigilancia y control institucional. Por su parte, las enfermeras que trabajan con niños que padecen cáncer realizan un papel de contención emocional muy importante con los familiares (independientemente de sus funciones técnico-médicas)". Notas del Diario de Campo.

sucede cuando se desempeñan en servicios distintos (Terapia Intensiva, Urgencias, Quemados o Medicina Interna), ya que las situaciones emocionales que se viven, como el estrés o el tipo de apoyo médico y técnico, son muy diferentes. Las enfermeras que trabajan en el Rubén Leñero tienen conocimientos académicos que van afinando según su antigüedad y experiencia. Eso facilita la colaboración con los médicos, quienes reconocen su trabajo y su desempeño en equipo.

FOTOGRAFÍA 36



Enfermeras quirúrgicas.

Las cofias de las enfermeras muestran mediante listones de colores el grado de conocimiento y jerarquía que tienen. Se reconoce incluso en su modo de caminar a las enfermeras civiles de las militares, las cuales, a decir de un jefe de servicio, caminan en parejas, con la cabeza alta y la espalda recta. Hay una jefatura de Enfermería por servicio y turno. De manera similar a las especialidades médicas, el aprendizaje se obtiene por niveles cada año. Las enfermeras aprenden de sus superiores, rotan por los servicios, antes de ingresar a una especialidad. Es común ver en la sala de Urgencias la llegada de estudiantes de enfermería que son distribuidos por la jefa de enfermeras en las distintas áreas (Observación, Ortopedia, Urgencias).

Una enfermera jefa de un servicio es responsable de dotar las 24 horas del día de los materiales y medicamentos que necesiten los pacientes hospitalizados, así como de estar al tanto del funcionamiento del equipo. Como responsable del área, inspecciona el trabajo del resto de las enfermeras para que lo realicen correc-

tamente (procedimientos como la colocación de un catéter, un apoyo ventilatorio, la higiene de un paciente, una curación o un amortajamiento). Al respecto, comenta la enfermera en jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos:

> Los procedimientos deben aprenderse como recetas de cocina, así los enseñan. Aunque la carrera es práctica, la persona debe aprender de los otros. Si, por ejemplo, un paciente entra en paro cardiaco o respiratorio, las compañeras sabemos cómo distribuirnos el trabajo para asistir al paciente y al médico. Lo mismo pasa con una enfermera que entra al quirófano: debe estar atenta, viendo y escuchando lo que necesita el médico.[73]

La mayoría de las enfermeras actúa con un halo maternal e infantilizador. Su mímica es marcadamente expresiva, a través del cuidado que le brindan al paciente, al cubrirlo, arreglarle las sábanas, pasarle el orinal ("cómodo"), de igual manera que se atiende a un pequeño indefenso. El trato maternal va acompañado de órdenes con frases cortas en diminutivo (coloca tu bracito de este lado; te vamos a poner un piquetito; acomoda tú cabecita; a ver mamita, ¿cómo estás?; hola doctorcita; quédate quieta, mi vida; ahora vuelvo, madrecita; etc.). Este lenguaje candoroso no es del todo ingenuo pues muestra un aspecto mandón en la expresión corporal que domina la situación. En pocas palabras, la enfermera no pide permiso para realizar su trabajo, simplemente lo lleva a cabo le guste o no al enfermo, esté o no consciente de ello, como una encomienda de cuidado: "Vamos a ponerte guapo", le dice una enfermera a un paciente en estado de coma, cuando lo va a asear. Este comportamiento puede observarse en algunas trabajadoras sociales que también tratan a los familiares de los pacientes internados como niños pequeños: "Necesito que te pongas las pilas, mi amor, y te apures a conseguir tus donadores de sangre"; "Agradezcan a Dios que su familiar esté en un hospital como el Rubén Leñero, que es gratuito"; "Corazón, te voy a pedir que te inscribas al Seguro Popular". Este lado maternal contrasta cuando un médico de recién ingreso (R-1) le quiere dar órdenes, como si la sola profesión le diera derecho a hacerlo. Ciertamente la enfermera cumple funciones diferentes y complementarias a las que lleva a cabo un médico, pero el R-1 aprende muy rápido que, ante las enfermeras con años de experiencia, debe ganarse el respeto y la confianza; además, el médico novel reconoce que existen varios procedimientos que la enfermera domina gracias a su práctica continua dentro del hospital y que ello termina por ser de gran ayuda. Finalmente, el médico sabe que *es mejor llevar la fiesta en paz* si no quiere verse obstaculizado en su ejercicio cuando necesite conseguir un medicamento, algún material, apoyo eficaz, etc. No falta tampoco

[73] Fragmento de una entrevista a una enfermera en jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

la enfermera o trabajadora social indiferente ante la demanda de apoyo por parte de los pacientes o familiares:

—Enfermera, enfermera —se le escucha decir a una anciana.

—Yo no soy su enfermera— responde, mientras continúa caminado.

Una de las especialidades es la de enfermería quirúrgica o perioperatoria. En los quirófanos del Rubén Leñero las enfermeras son las que acomodan, limpian y preparan al paciente; están a cargo del instrumental, de los materiales y medicamentos. Hacen de su área de trabajo una extensión de sí: se refieren a las sábanas de las camas como *sus sábanas*; al carrito de los insumos, como *su carrito*; a la charola de los instrumentos, como *su charola*. Cualquier persona que toque el carrito o la charola estará expuestas a un regaño: "¿Quién te dijo que podías tocar mi charola?". Más que una simple declaración, estas frases son una advertencia a los demás actores sobre los límites de su actuación, sobre los objetos y el área de trabajo —relacionada con la limpieza corporal, instrumental— que les pertenecen. Dentro del quirófano auxilian a los cirujanos y anestesiólogos en la colocación del pijama y los guantes quirúrgicos; en la distribución y el ordenamiento del instrumental; en proporcionar los medicamentos, gasas, hilos, agujas y herramientas, respetando los protocolos de higiene.[74] Sin duda, hay personal de enfermería y trabajo social que no muestra ningún interés por el cuidado del enfermo o es incapaz de ayudar en labores un poco más complejas que las administrativas:

> Circulando una tarde por el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, observamos cómo un paciente diabético, que tenía una lesión en la mano, repentinamente entró en paro respiratorio. Uno de los médicos residentes le comentó a la enfermera a cargo del servicio que conectara el respirador artificial. La enfermera acercó el aparato junto al paciente e hizo como si buscara algo, se dio la media vuelta, se fue y no regresó. Los médicos hicieron el trabajo y estabilizaron al paciente.[75]

Las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, como las que se encuentran en la sala de emergencias, igual que la mayoría, están capacitadas para colocarles los tubos y respiradores a los pacientes, conectarlos a los aparatos diagnósticos, administrarles los alimentos, los medicamentos, llevar a cabo las curaciones, así como la higiene corporal.

[74] Esto es notable en la manera en que abren las envolturas y exponen los materiales, como los guantes látex, a los médicos (algunos de estos materiales llevan doble envoltura, para garantizar que el médico sea el único que tiene contacto) a fin de que éstos sean quienes los agarren.

[75] Notas del Diario de Campo.

FOTOGRAFÍA 37



Trabajadora social Bertha Silvia Ruiz.

Las enfermeras se han ganado un lugar dentro del ámbito hospitalario. Un jefe de servicio cuenta que el área de intervención de la enfermera se extiende más allá de sus funciones formales de acompañamiento en la labor del médico. Adquieren a lo largo de su estancia en hospitales como el Rubén Leñero una *práctica empírica* que las hace saber cómo se debe tratar a cada paciente en casos, enfermedades y condiciones específicas, por ejemplo, un paciente con quemaduras. Adicionalmente, refiere que sobre las enfermeras se han delegado funciones que corresponden a los médicos, como la vigilancia, el seguimiento y la evolución del paciente. Su presencia en todos los servicios y la función especializada que desarrollan en las distintas etapas que atraviesa el paciente internado las hace insustituibles, por lo que no es fácil que su trabajo sea cubierto por otro tipo de personal especializado. La siguiente nota del Diario de Campo describe la importante labor que hacen las enfermeras:

> Ingresan dos hombres quemados al Área de Urgencias. El primero de ellos, de aproximadamente 24 años de edad se encuentra recostado en una camilla, con el rostro enrojecido del cual emanan pequeñas gotas de suero, como si fueran sudor, resultado de las quemaduras. Le interrogan sobre sus datos generales y apenas responde, como si cada movimiento del rostro le causara un inmenso dolor. El otro hombre, como de unos 40 años de edad, corpulento, se encuentra sentado en una silla de ruedas, en el área central de Urgencias esperando ser valorado por algún médico. La piel ennegrecida de la cara, la espalda y el pecho, mostraba pequeños es-

> pacios de un color rosado intenso, por la caída de la piel quemada. Sus ojos redondos destacan sobre la piel oscurecida. El contraste del color parece una señal del nivel del dolor. El pelo rizado, cortito, achicharrado, hecho bolitas. Una mujer se acerca con los ojos llorosos, es su esposa; los médicos le comentan la gravedad de la situación. Estos hombres sufrieron un accidente en su lugar de trabajo, les explotó un horno; recorrieron diversos hospitales de la zona del Estado de México, pero no fueron recibidos por no tener los especialistas. El accidente ocurrió a las 14:30 del día y fue hasta las 17:30 que los recibieron en el Rubén Leñero. Un médico urgenciólogo les dice: "Los hubieran atendido donde sucedió el accidente, allá también hay hospitales". Dos médicos se acercan y la enfermera en jefe con el paciente. La enfermera le inyecta un anestésico y se lo lleva a la regadera; apoyada con otro compañero más grande y fuerte que ella, abre el agua y lo introduce. Cierra la cortinilla, pero se ve a través de una apertura cómo lo empieza a tallar bajo el agua. La piel quemada caía al piso haciendo un remolino antes de ser finalmente tragada por la coladera; el cuerpo, conforme era tallado, pasaba de un tono oscuro a otro intensamente rosado, como si fuera la piel de un recién nacido. Se observa decisión y profesionalismo en la enfermera, conoce su trabajo, no duda. Sabe también de la gravedad del paciente, comenta que después del lavado colocará medicamento y vendaje, que por la piel respiramos y transpiramos toxinas, que la piel es un órgano susceptible de infectarse y el riesgo de morir del paciente es muy grande.[76]

Decíamos que, ante los médicos, las enfermeras hacen respetar su jerarquía y no pocas veces se enfrentan con adscritos y residentes. Defienden su identidad profesional y hacen valer su trabajo dentro de esta división técnica y social que se vive en el interior del hospital.[77] Jamás una enfermera experimentada acepta la orden de un interno, e incluso hace valer sus conocimientos ante un residente de nuevo ingreso. Todos los residentes concuerdan en que es mejor dirigirse de buena manera con las enfermeras, si no quieren verse en problemas posteriormente. El lugar de la enfermera está en constante disputa y tal vez por eso toma una actitud a la defensiva; nominalmente tiene una jerarquía inferior a los médicos y residentes, pero en la práctica y conforme adquieren experiencia, pueden ejercer el dominio de muchos momentos importantes en el ejercicio de la prác-

[76] Notas del Diario de Campo.

[77] "En ocasiones los familiares de los pacientes se dirigen a mí como doctora, les aclaro que soy enfermera. A las compañeras les comento que al médico le costó su trabajo ser médico y a nosotras nos costó trabajo ser enfermeras. Cada quien con lo suyo. Y no me refiero a que ser médico sea superior y enfermera inferior. Cada quien en su lugar. No me gusta que me digan doctora porque yo defiendo mi título". Fragmento de una entrevista a una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos.

tica médica. La enfermera con experiencia no permitirá que se le coloque en un escalafón inferior si considera que ella *acumula más méritos*. Los médicos reconocen que su trabajo se facilita mucho más si cuentan con una enfermera experimentada que los apoye; la enfermera rivaliza constantemente con el residente por el seguimiento y la atención al paciente y, si algo falla, se culpan mutuamente con el superior.[78]


FOTOGRAFÍA 38



Anestesióloga.

Por su parte, el Servicio de Trabajo Social está encargado de recolectar la información socioeconómica del paciente y sus familiares. Establece comunicación con estos últimos para orientarlos en torno a la inscripción al Seguro Popular, las donaciones de sangre, el apoyo con algunos enseres, solicitar ayuda de alguna fundación filantrópica, etc. Cuando se requieren estudios de laboratorio de otros hospitales, intermedian para conseguir la ambulancia de traslado. Algunas veces los pacientes que viven en la calle por años refieren que tienen familia en otro estado de la República, aunque no recuerdan mucho el lugar. En esos casos la labor del personal de Trabajo Social es fundamental:

[78] Las enfermeras que forman parte del personal sindicalizado aprovechan su condición de estabilidad laboral y del respaldo del contrato colectivo para confrontarse con el personal médico. Por las mañanas se les ve desayunar en el comedor del hospital a puerta cerrada, y durante la jornada de trabajo se les ve salir a la calle de manera intermitente y regresar con bebidas y alimentos. Un médico comenta: "vea cómo las enfermeras cuando inician son delgaditas y al cabo de unos años todas son gorditas". Notas del Diario de Campo.

Oswaldo de 40 años fue un hombre que vivió en la calle. Ingresó al hospital en el mes de diciembre porque lo agredió algún grupo callejero rival, personas que piensan que es una forma de acabar con la pobreza, o simplemente lo hicieron por diversión, prendiéndole fuego y causándole graves quemaduras. Una mañana la trabajadora social, Bertha, entra al Servicio de Quemados y lo encuentra tirado en el piso. Hasta donde se supo no podía respirar bien y trató de incorporarse de la cama, cayendo; *afirma que no muere por las quemaduras, sino como resultado de la caída.* En el hospital, se mueren de noche —comenta— pues el personal médico decae conforme transcurre el día; para colmo, la trabajadora de ese turno no localizó desde el principio a la familia bajo pretexto de que "el hospital no hace visitas domiciliarias". Oswaldo muere. Refiere Bertha que cuando revisa el expediente sólo tenía registrado el lugar donde fue recogido, en Chimalhuacán. Habló con la policía del lugar para que una patrulla circulara los espacios donde se drogan las personas que viven en la calle. Se localizó una vecindad y se colocaron letreros en tiendas, tortillerías y mercados para localizar a algún familiar y evitar que Oswaldo fuera llevado a la fosa común.

Si usted conoce algún familiar de Oswaldo, urge que se presente en el hospital

Rubén Leñero

Localizan a una hermana. Ella, que no supo de Oswaldo durante muchos años, fue quien lo enterró.[79]

Cuando el paciente no tiene familia, Trabajo Social establece comunicación con distintos albergues para que sea recibido, cuestión que no es fácil ni rápida de lograr.[80] Al igual que todo el personal del hospital, también tienen que llenar determinada información en el expediente del enfermo. Para el trabajador social es importante establecer contacto con los familiares, porque de lo contrario no se puede externar al paciente; algunas veces realiza una verdadera labor de investigación a partir de algunos datos recordados por el hospitalizado: el municipio donde residió, una iglesia, una estación de policía, el nombre de una escuela, etc., para comunicarse con las autoridades del lugar y solicitar la búsqueda de los parientes (incluso se llega a recolectar dinero entre el personal del hospital para pagar el traslado de algunos pacientes a su lugar de origen). El relato siguiente es de una trabajadora social:

[79] Notas del Diario de Campo.

[80] El personal de los albergues tiende a rechazar a personas impedidas, lisiadas o completamente incapacitadas.

> Jorge de 41 años, vive con su hermana y crían a un niño de él, que tiene diez años de edad. Padece diabetes mellitus desde hace 20 años, se percató que tenía la enfermedad porque tenía constantes ganas de orinar y mucha sed. Presenta escalofríos, sueño, vómitos y acude al Centro de Salud, donde le hacen estudios de sangre y lo canalizan de Urgencia al Hospital Rubén Leñero e ingresa a Medicina Interna. Una vez estable, Jorge regresa cada 15 días al hospital para ser dializado; llega un día antes para apartar la cama —sólo hay seis—, con una maleta que contiene su colcha azul con figuras de Walt Disney que conserva desde niño; una radio y una televisión, como si fuera a mudarse al hospital. Su pronóstico de vida no era nada alentador. La trabajadora social le sugiere escribir una carta a su hijo para que exprese todo lo que siente por él. Un día ingresa muy grave al hospital. Le pide a la trabajadora social que lo visite al día siguiente. Cuando ésta sube al tercer piso a verlo por la mañana, la cama estaba vacía. Buscó a su alrededor su cobija de toda la vida. No había ninguna anotación en la libreta de trabajo social; nadie se había comunicado con la familia. Ella dio noticia a la hermana vía telefónica:
>
> —Venga al Hospital Rubén Leñero, se trata de su hermano, no se tarde, es más que urgente que se presente [...] No le puedo decir, imagínelo y venga ya.
>
> Al llegar al hospital, la hermana se molesta con el personal porque no se comunicaron inmediatamente con ella. Les dice que su hermano *no era un perro*, para que lo dejaran varias horas abandonado.
>
> Esta historia, como muchas otras, evoca una y otra vez *La soledad de los moribundos,* de la cual escribió Norbert Elias; el impacto que causa *la cama vacía y su desliz hacia la muerte,* o la cobija con figuras infantiles, que acompaña al convaleciente en sus últimos momentos de vida, para cubrirse, protegerse, como lo hizo cuando era un niño.[81]

El personal de Trabajo Social vive las condiciones de escasez en el Rubén Leñero; los pacientes fracturados compran sus prótesis, así como muchos otros compran sus medicamentos, como sucede con los diabéticos para que sean dializados y poder ser conectados al lazo del cochino (una sonda en forma de espiral susceptible de contaminación), a fin de purificar su sangre. En el Servicio de Medicina Interna, donde los pacientes regresan recurrentemente para recibir la diálisis (permaneciendo dos o tres días), terminan por conocerse y platicar entre ellos. Una trabajadora social durante muchos años aprovechó la oportunidad para hacer *un tallercito de terapia*, a fin de que los familiares de los pacientes conversaran cosas agradables y pudieran confesarse ante el grupo. Comenta la trabajadora que el acercamiento con los pacientes permite cierta *catarsis,* para sobrellevar el dolor que se vive en el hospital, el dolor de ellos y también el de ella.

[81] Notas del Diario de Campo.

Tiempo, comunidad y creencia

La broma [...] es una forma de creer. Una segunda es la fantasía o el "soñar despierto". Aunque los niños se esfuerzan en representar juntos formas libres de hacer creer, el recurso típico es la producción unipersonal, a menudo en solitario. El individuo fantasea sobre alguna franja de actividad, manejando todo el tiempo, a sabiendas, el desarrollo y el desenlace según su propio gusto o disgusto. El soñar despierto conlleva ensoñaciones de carácter intensamente admonitorio o placentero, ya se proyecten en el pasado o en el futuro.

Frame Analysis. Los marcos de la experiencia
Erving Goffman

Cuando estudian otra cultura, los antropólogos adquieren conciencia del tiempo (del trabajo, de las creencias, del intercambio, de la festividad ritual o mortuoria). Cada grupo tiene una manera de percibir el universo. El antropólogo Edward Hall comenta que los estadounidenses tratan el tiempo como si fuera algo material: lo ganan, lo gastan, lo ahorran y lo pierden. Por eso consideran inmoral hacer varias cosas a la vez, como lo hacen los latinoamericanos que tienen distintos empleos, acuden a varios lugares, dedicando poco tiempo a cada persona.[82] Cuando el etnógrafo inglés Nigel Barley fue a África a estudiar a los dowayos, tuvo dificultades para percibir el tiempo de la conversación, de los encuentros sociales, de la burocracia o de la celebración ritual.[83] El contraste del tiempo es asimismo el de las distintas narraciones del mundo; también dentro de una institución como el hospital se perciben diferentes tiempos, dependiendo del día de la semana o del turno que se aborde; incluso, cada servicio tiene su propio ritmo y, por ende, su propia temporalidad. Interrogarnos hasta dónde se extiende este tiempo del hospital (en tanto narrativa) en algunos otros lugares como el hogar familiar sin duda nos llevaría a otro tipo de investigación, no obstante, los testimonios dan cuenta de cómo el trabajo afecta a la familia y viceversa, cuando los conflictos de familia pueden incidir en el desempeño del residente o el cirujano. Otro tipo de tiempo es el del bar, cuando los médicos se juntan conversar. En este punto nos enfocaremos líneas más adelante.

[82] Edward T. Hall, *El lenguaje silencioso*, México, Conaculta (Los Noventa), 1990, p. 21.

[83] "En ocasiones pasaba por el mercado, un miserable grupo de viejos que vendían un puñado de pimientos o de collares de cuentas. No creo que se tratara de una ocupación económicamente rentable y a buen seguro su único objetivo era aliviar el aburrimiento". Nigel Barley, *El antropólogo inocente. Notas desde una choza de barro*, Barcelona, Anagrama, 1989, p. 92.

FOTOGRAFÍA 39



Ciencia y religiosidad.

El tiempo de espera en las salas, el que se vive hospitalizado y el de la intervención quirúrgica no son equiparables. En el Servicio de Rehabilitación los pacientes acuden por largos periodos de tiempo para recuperarse, lo que propicia que se frecuenten las mismas personas y establezcan relaciones de amistad; algunos de ellos, con experiencia en los ejercicios de rehabilitación, orientan a los otros convalecientes sobre la técnica o el uso de ciertos aparatos. Además, hay pacientes que no tienen una vida social o familiar sólida, entonces, el servicio es una buena oportunidad para convivir con otras personas. Son individuos que se integran a la institución y se resisten a dejar la comunidad que les brinda el hospital. En el Servicio de Medicina Interna sucedió que uno de los pacientes, que no tenía hogar —y no era aceptado por ninguna institución de beneficencia—, vivió en la sala del servicio durante dos años, por lo que todo el personal lo conocía. Los periodos de hospitalización prolongados por alguna enfermedad crónica o una lesión grave integran a los pacientes emocionalmente en el hospital, de forma que hacen amistad con otros o incluso con el personal médico y técnico.

Si algo caracteriza a un hospital es el tiempo de espera. La mayor parte de los servicios cuenta con sillas para que las personas permanezcan sentadas mientras son atendidas por el Servicio de Consulta Externa, o para dar seguimiento clínico a determinada intervención. La sala de Urgencias, además de contar con un servicio de atención médica en consultorios, alberga a los familiares de pacientes graves u hospitalizados, que también esperan recibir alguna información sobre el estado de salud de su pariente o conocido. Cuando los pacientes son ingresa-

dos y se encuentran internados en alguno de los servicios, tiene que permanecer un familiar en la sala de espera, por si se requiere alguna información adicional, autorización o se complica la situación del interno:


Fotografía 40



El médico, la muerte y la sexualidad.

Son las 7:15 de la mañana. Nos sentamos en la sala de espera del Servicio de Urgencias; un hombre joven se encuentra a un lado. Le preguntamos cuánto tiempo tiene esperando para ser atendido y responde que llegó a las tres de la mañana acompañando a un pariente que fue herido con un arma blanca en el vientre; este joven ha permanecido cerca de cinco horas sin recibir información. Poco después una enfermera sale a la sala de espera a comentar que el personal médico informará sobre la situación de los pacientes a las once de la mañana. Por las noches, las personas que duermen en la sala llevan cobijas para colocarlas en los asientos metálicos y cubrirse del frío. Frente a la sala de urgencias, entre el Centro Escolar y el Servicio de Patología, hay un pequeño corredor en donde se acumulan cajas de cartón; los familiares van por ellas para desdoblarlas, colocarlas en el piso y así mitigar el frío de forma que se pueda conciliar el sueño. Por las mañanas el personal

de la Policía Bancaria y Comercial o, en su defecto el de limpieza, despiertan con cierta molestia a las personas que todavía se encuentran acostadas y les dicen que regresen los cartones a su lugar.[84]

> *A partir de Descartes, las puertas que comunican la noche con el día están cerradas; hemos desvalorizado la mitad nocturna de nuestra vida. Y esto no significa, por supuesto, que los fantasmas ya no tengan por donde pasar: la psicología ha demostrado lo contrario, sólo que los fantasmas ya no pasan sino a título individual, disimulándose siempre o, como dicen los médicos, transformándose en fantasías y manteniéndose inconscientes.*
>
> *El sueño, el trance y la locura*
> Roger Bastide

Ahí donde las personas hacen antesala para ser atendidas, intervenidas, curadas o para recibir alguna información, el tiempo se hace presente, *adquiere densidad.* El tiempo que transcurre en el hospital se *materializa en el cuerpo,* en el dolor de la incertidumbre de la vida y la muerte. Dice Edward Hall en su libro *El lenguaje silencioso*: "El tiempo habla. Habla más claramente que las palabras. El mensaje que transmite se manifiesta en un modo categórico y transparente. Está sujeto a menos deformaciones que el lenguaje hablado porque se manipula menos conscientemente. Puede gritar la verdad allá donde las palabras mienten".[85]

Una persona en estado de coma necesita atención inmediata, aunque en teoría no padezca ningún dolor, mientras que otra persona, aunque tenga varias fracturas dolorosas, no necesariamente corre peligro su vida. El tiempo está mediado por el dolor y la muerte. ¿Cuál es el tiempo de un anciano que padece de una enfermedad crónica en espera de la muerte? ¿Y el tiempo de una persona inconsciente por traumatismo craneal?

Los familiares que viven el tiempo de espera experimentan de manera diversa la angustia de cada servicio. La Unidad de Cuidados Intensivos atiende a aquellos enfermos que, a pesar de su gravedad, tienen la posibilidad de salvarse. Si el pronóstico de vida es negativo, Medicina Interna lo acoge. Los médicos y enfermeras que trabajan en Urgencias, Terapia Intensiva y Quirófanos también viven un tiempo diferente, intenso y angustiante, el tiempo del *cuerpo estresado*. Todos los que trabajan en estos servicios lo experimentan así cada que llega un paciente grave; su tiempo es el de la agitación, el del estremecimiento, de ahí que otros servicios no les sean atractivos. La vivencia del tiempo difiere para todos. Los mé-

[84] Notas del Diario de Campo.
[85] Edward T. Hall, *El lenguaje silencioso, op. cit.*, p. 15.

dicos "invaden" el cuerpo del paciente, suministran medicamentos, monitorean, llevan a cabo estudios y hacen todo lo posible para sanarlo. Todo depende ahora de la evolución biológica; algunos actores, como médicos y enfermeras, así como los familiares dejan esta conclusión a alguna divinidad abriendo un tipo de tiempo ritual. La vida es registrada mediante los signos del monitor. La familia vive el tiempo de la imposibilidad, de la desesperación y el enojo en contra de la institución, del equipo médico o las divinidades que invoca.[86]


Fotografía 41



Capilla del hospital.

La dinámica absorbente del hospital mantiene a los pacientes en cama y a los médicos en el hospital. En un extremo está el reposo consciente y, en el otro, el estado comatoso. La necesidad de que los médicos residentes conozcan la evolución de los pacientes justifica la rotación de horarios en donde el sueño de los médicos residentes se sacrifica. No es fortuito encontrar dormidos a los residentes sobre el escritorio, en alguna camilla o colchón en el suelo, en algún recoveco de la institución fuera de la vista de los superiores, para no ser descubiertos:

[86] "La temporalidad es una propiedad intrínseca de la conciencia. El torrente de la conciencia está siempre ordenado temporalmente. Es posible distinguir niveles diferentes de esta temporalidad que se da intrasubjetivamente [...] Nunca puede haber simultaneidad total entre [los] diversos niveles de temporalidad como lo ejemplifica muy claramente el tiempo de espera. Tanto mi organismo como la sociedad a que pertenezco me imponen, e imponen a mi tiempo interior, ciertas secuencias de hechos que entrañan una espera". Peter L. Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 2012, pp. 42-43.

> Entro sin credencial a las 7:25 a.m. Le explico al policía de la entrada que estamos realizando una investigación y que olvidé la identificación. Me "instalo" en el segundo piso, junto a la jefatura de enfermería, donde hay varios asientos. Un joven médico residente duerme sentado; la barbilla inclinada sobre el pecho. Lleva una bata blanca con escudos bordados en los brazos: en el derecho el escudo de la UNAM, el del águila y el cóndor; en el izquierdo el de la Facultad de Medicina, muy similar. En los oídos unos audífonos incrustados de donde salen unos cables delgaditos que van al bolsillo superior izquierdo de la bata.[87]

Estar sentado en las salas con la vista perdida, dormitando con la cabeza en el pecho, reclinándola, recargándola en otra persona o sobre la silla; platicando con otros familiares o pacientes, caminando de un lado a otro, recostado en las bancas o en el piso, envuelto entre las cobijas. Los guardias y policías que custodian a algún paciente se turnan para dormir encima o abajo de las bancas. Los cuerpos que esperan se abandonan al tiempo del adormecimiento mientras sanan; comparten toda esta dimensión de trance momentáneo, menos aquellos que ya no despiertan. Respecto al sueño, comenta el sociólogo Roger Bastide:

> [...] en nuestros días y nuestras grandes naciones existe una ruptura entre el estado del sueño y el estado de vigilia. Y, dado que en la situación de vigilia nos acosan a cada instante los múltiples pequeños problemas que plantea la vida en sociedad, cuyo número es tanto mayor cuanto que pertenecemos a una gran cantidad de grupos —familiares, corporativos, políticos, religiosos, etc.—, sólo nos queda el sueño para intentar desatendernos del mundo y refugiarnos en una ilusión de felicidad. La noche se convierte, así, en un escenario de cuento de hadas, y el sueño se constituye en un *instrumento de evasión*.[88]

En un país religioso como el nuestro, es lógico que se agradezca a la Virgen de Guadalupe y después al médico. Cuando el paciente muere, el médico aparece como responsable o, al menos, no libre de sospecha. De ahí la necesidad de que el médico explique claramente a los familiares la condición médica de su paciente, su evolución y pronóstico.[89] En el Hospital Rubén Leñero ingresan personas que

[87] "En ocasiones, puede observarse que los alumnos dormitan en los salones de clase bajo la tolerancia de los profesores". Notas del Diario de Campo.

[88] Roger Bastide, *El sueño, el trance y la locura*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001, pp. 18-19.

[89] "Ubicada en el interior del hospital, la oficina de Atención Ciudadana refiere que la mayoría de los reclamos de las personas a los médicos, se relacionan con la falta de cordialidad y comunicación con los familiares de los pacientes. Los médicos entrevistados hablan de practicar cada vez más una 'medicina defensiva' que se relaciona con el aumento cada vez mayor de la inconformidad por parte de pacientes y familiares, por lo que es importante respetar los protocolos médicos y contar con un expediente lo más completo posible, en donde aparezcan, entre otras cosas, las firmas de los familiares, dándose por enterados de la situación clínica de sus enfermos". Notas del Diario de Campo.

son creyentes, pero eso no impide que escuchen las explicaciones de los médicos. A veces las aceptan con imperturbable resignación:

> En una ocasión, en la Consulta Externa del Servicio de Cirugía Plástica, observamos la atención que se brindaba a un hombre de aproximadamente cincuenta años; lo habían intervenido quirúrgicamente en la mano, que estaba vendada. Conforme la doctora le desenvuelve la venda, se observa que la falange del dedo medio de la mano está de color negro:
> Doctora: ¿Le dijeron que podía ocurrir que no circulara la sangre y que entonces tendríamos que amputar esa parte del dedo?
> Paciente: [Silencio].
> Doctora: ¿Qué opina?
> Paciente: Pues que la quite, yo tengo que trabajar.[90]

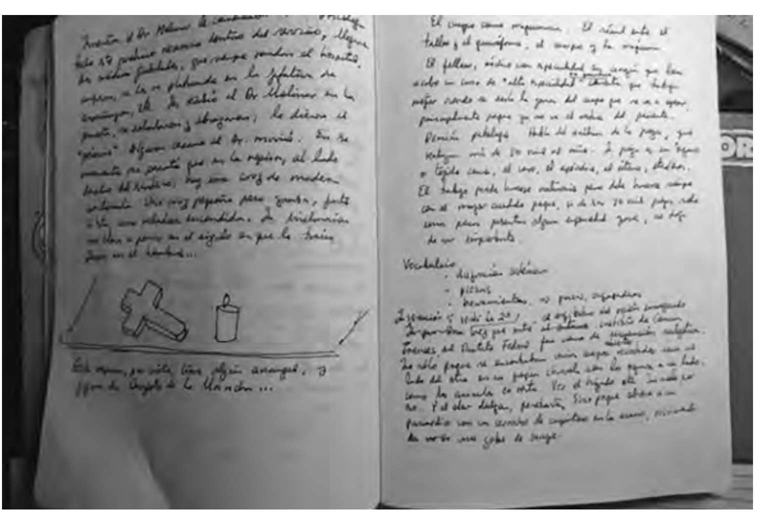
La práctica médica está fundamentada en probanzas científicas y exentas de creencias religiosas (aunque en México existen ginecobstetras que se niegan a practicar el aborto por objeción de conciencia). Aquellos que no profesan abiertamente una religión, lo hacen de manera discreta. Tal vez la necesidad de creer se explica porque entre la vida y la muerte existe una franja muy delgada que escapa a la razón y que también se atribuye al azar, a la buena o la mala suerte. Una intervención quirúrgica puede ser exitosa y, sin embargo, complicarse posteriormente. En todos los expedientes médicos se señala un pronóstico, como posibilidad perniciosa. Es un escenario extremo, un desenlace posible que está fuera de las manos del médico.

> *¿Es posible extraer a alguien del tiempo, guardarlo en nuestro fuero interno y preservarlo así del cambio? La ronda del médico. Me acerco a la cama de una enferma. Me doy cuenta de que es invidente. Me siento a su lado, le cojo la mano y me presento.*
> *—Ah doctor —dice—. Tengo un recuerdo suyo tan vivo... un joven sonriente.*
> *—Eso debió de ser hace mucho tiempo —le digo.*
> *—Hace veinticinco años —contesta—. Cuando todavía veía y estaba hospitalizada aquí, en esta clínica. Para mí usted ha quedado así para siempre. El paso del tiempo no puede cambiar nada.*
>
> *Catarsis*
> Andrzej Szczeklik

[90] Notas del Diario de Campo.

Es cierto que hay médicos agnósticos que explican los hechos con la frialdad del científico, pero en el interior del Hospital Rubén Leñero la creencia religiosa es más común de lo que podría suponerse, ya que se reconoce que la muerte siempre está presente; que, por mucha soberbia que muestre un médico, la muerte le recuerda que su conocimiento no lo convierte en un ser todopoderoso. Cada muerte que un médico experimenta es una herida a su narcisismo; los médicos lo saben y se consuelan afirmando que han hecho todo lo posible por salvarle la vida a su paciente. La mayoría lo entiende de esa manera y, ya con más confianza, reconocen que deben aprender a vivir con el peso que esto les acarrea. Ahora bien, de la misma forma en que la muerte puede repentinamente suceder, también existen casos —los menos— de curaciones inexplicables. De ahí que no sorprende encontrar en los diversos espacios y paredes del hospital crucifijos, ángeles e imágenes religiosas. Existe una capilla que es cuidada por una de las doctoras más veteranas del hospital; algunas personas, al pasar frente a ella, se persignan; de vez en cuando se observa rezar a los familiares de los pacientes hospitalizados. Curiosamente, en el Servicio de Consulta Externa la enumeración de los consultorios pasa del número 12 al 14, omitiendo el cabalístico *número 13*.

Fotografía 42



Nota del Diario de Campo.

En una ocasión murió la madre de uno de los jefes de servicio del hospital. Para recordarla, el médico colocó una cruz inclinada y una veladora sobre su escritorio. En el interior del Servicio de Cirugía Plástica se observan estatuillas de arcángeles, mientras que en una de las paredes externas a la entrada del servi-

cio de medicina interna se halla un crucifijo. Llama la atención un cuadro con la imagen siguiente: una mujer desnuda abraza a un médico, quien con una de sus manos aparta a un esqueleto, que representa a la muerte. La figura extiende sus huesudos brazos tratando de llevarse a la mujer. La imagen asocia a la muerte con la sexualidad, el erotismo y la práctica médica (la muerte, la feminidad, la seducción):

> Comenta un residente de cirugía que algunos médicos de antaño del hospital pertenecían a un grupo que llevaba tatuada en el brazo la imagen de un buitre. El chispazo totémico que identifica al grupo, sin duda, tiene algo de siniestro. El buitre es un ave carroñera que se relaciona con la muerte. Verdad o fantasía, lo interesante es la asociación imaginaria que este residente hace entre el médico y la muerte, el buitre y su alimento: la carne de los cadáveres.[91]

Las historias sobre la muerte o la curación son propias del espacio hospitalario. Los pacientes están expuestos unos a otros; platican entre ellos, saben de lo que padecen, escuchan sus quejas, los sonidos de su cuerpo, las respiraciones entrecortadas y silbantes, las flatulencias. Todos ellos son espejos en donde la enfermedad, el dolor y la muerte se reflejan. El dolor de uno es el de otro, la muerte del compañero evoca la propia, de ahí que no pocas veces se altere el lugar:

> En una ocasión, instantes después de concluida la visita familiar, un paciente entró en paro respiratorio. Mientras los médicos trataban de reanimarlo, otro paciente se levantó y abrió una de las ventanas del hospital que daba hacia la calle y empezó a gritar desesperado a la familia (que recién salía de la visita), que su allegado tenía un ataque al corazón.[92]

En los hospitales, el tema de la exhibición y la pérdida de la intimidad han sido referidos por diversos analistas de las instituciones. Comenta el sociólogo David Sudnow que "así como las muertes no siempre son descubiertas por el *staff*, sino también por los familiares, suele ocurrir que sean los mismos compañeros de cuarto quienes informan de ella a las enfermeras. En una ocasión uno de los pacientes gritó histéricamente hasta que hubo llegado la enfermera: "¡Está muerto!".[93] Los pacientes pueden referir que, cuando muere uno de los compañeros de habitación, las camas se mueven o se siente alguna presencia extraña. Algunos médicos tienen historias parecidas (lo que no significa que altere su práctica cotidiana):

[91] *Idem*.
[92] *Idem*.
[93] David Sudnow, *La organización social...*, *op. cit.*, p. 61.

Un médico internista platicaba con cierta reticencia —como si todavía no lo pudiera creer— que en una ocasión una paciente le suplicaba que no le soltara la mano porque a un lado de ella estaba la muerte que se la quería llevar. El médico le explicó que no se preocupara ya que se encontraba estable y bien de salud. Cuando le soltó la mano, ella murió, sin saber por qué tan repentino desenlace.[94]

Una doctora de Cirugía General refiere que los pacientes graves afirman que se les aparece una niña, principalmente cerca del cubículo de la jefatura del servicio. También sostienen que ven las huellas de unas manitas sobre los vidrios. Otros pacientes cuentan que llega el espíritu de alguien que murió ahí recientemente y les ordena: "Párate, ésa es mi cama". Una enfermera creía que en realidad estas cosas sucedían, por lo que de vez en cuando iba por el sacerdote para que éste bendijera el lugar.[95]

Una médica de Cirugía General comenta que espantan en las salas porque se escucha cómo se mueven los botes de basura y los vasos; cuenta la siguiente historia: "Un día llegué cansada a una sala de cirugía y al entrar, un doctor me dijo: doctora no se recueste en la camilla, no vuelva a hacer eso. ¿No sabe que aquí vive el espíritu de un muerto? Una vez el anestesiólogo dejó por error los electrodos en la cama y el monitor registraba actividad". "No inventes", le respondí. "Se lo juro doctora, ya lo repetimos en otras ocasiones con la ginecóloga y al poner los electrodos en la mesa el monitor registra un trazo".[96]

El especialista en Endoscopía comenta que, a raíz de una intervención, uno de los pacientes se complicó. Al beber agua se le salía por el estómago. "Fisiopatológicamente —afirma— tenía una fisura tremenda de la que no se podía hacer ya nada". Confiesa que siempre le apasionó la vida de Juan Pablo II, del cual tenía una estampa bendecida en Roma. Sacó la estampa de su cartera y se la puso en el corazón. A los dos días el paciente se había recuperado. Hasta la fecha no tiene explicación médica de lo que sucedió.[97]

La enfermera en jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos cuenta lo siguiente: entre los compañeros hay días que decimos que anduvo por aquí La Flaca. Tuvimos un paciente con pancreatitis; se le tomaron muestras y las enviamos al laboratorio para su estudio. Cerca del cambio de turno, un compañero escuchó ruido y se percató que el paciente trepó en la cornisa, con unas tijeras en las manos con las que rompió el vidrio de la ventana para escapar. Sorprendido le preguntó un en-

[94] Entrevista a un médico internista.
[95] Entrevista a una médico cirujano general.
[96] *Idem*.
[97] Entrevista al jefe de Endoscopía.

fermero qué le pasaba, y el paciente le respondió: “Ya viene por mí”. Se quería salir del hospital. Llamaron a los policías y entre todos lograron bajarlo, mientras el paciente continuaba diciendo que algo venía por él. Cuando lo pusieron en su cama se murió. Todos estábamos consternados; el ambiente se sentía enrarecido. La Unidad de Cuidados Intensivos estaba fría. Todos decían que la muerte había llegado.[98]


Fotografía 43



Retirada del consultorio 13.

El Servicio de Psicología y los buenos oficios de los psiquiatras están para explicar y sanar las angustias y miedos de los pacientes, tranquilizar a los familiares e incluso al propio personal médico. Uno de los psiquiatras no duda de la importancia del psicofármaco para la salud mental afirmando que en psiquiatría “el chocho es nuestro Dios”. No obstante, parte de las técnicas que se utilizan por alguna de las psicólogas con los pacientes angustiados se relaciona más con cuestiones esotéricas, como el uso de velas de colores, o las explicaciones mediante términos como el de “chacras”. El hecho es que el Servicio de Psicología no ingresa al resto de los servicios médicos como parte de la normatividad y los protocolos establecidos por el Hospital Rubén Leñero (por ejemplo, el pase de visita), lo que le resta presencia dentro del hospital. Únicamente si alguno de los servicios hace la petición a través de la interconsulta (para apoyar a un paciente grave o a los familiares angustiados), interviene el área de psicología. Esto pro-

[98] Entrevista a la enfermera en jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

voca que servicios como el de Medicina Interna, la Unidad de Cuidados Intensivos o Quemados resuelvan el problema del manejo de las emociones a partir de la acumulación de su propia experiencia, a través del personal médico o de enfermería, estableciendo sus propios protocolos de actuación; otras veces, aceptan estudiantes de tanatología, quienes son los que realizan el trabajo con los enfermos y sus familiares.[99]

[99] En el caso del Área de Quemados el problema fue resuelto durante muchos años por una trabajadora social que reunía todos los jueves a los familiares de los pacientes quemados en la biblioteca, donde escuchaban música cristiana y se conminaba a las personas a expresar su sufrimiento, por tener un familiar lesionado. La reunión era un requisito informal pero obligatorio, para que los familiares de los pacientes pudieran visitarlos.

Capítulo 2
La construcción social del paciente

La ubicación de la persona en la estructura de las edades de la sociedad no es el único factor que influirá en el grado de asistencia que reciba cuando su muerte sea considerada posible. En el Country Hospital se aplica una notable serie adicional de consideraciones, relativas al supuesto "carácter moral" del paciente. La presencia del alcohol en la respiración de un "muerto a la llegada" es casi siempre notada por el médico examinador, que enseguida anuncia a sus colegas que el hombre es un ebrio. Esto parece conformar un elemento que justifica un menor esfuerzo para intentar revivirlo.

La organización social de la muerte
David Sudnow

Los personajes del hospital: implicaciones afectivas y objetividad clínica

La pobreza, la precariedad y la exclusión social impactan al hospital. Medicina Interna se caracteriza por recibir personas abandonadas, que viven en la calle, con graves problemas de desnutrición; son personas adictas o que padecen una enfermedad crónica incurable, por lo que llegan al hospital prácticamente a morir. En Urgencias es común ver personas con rostros surcados profundamente por el paso del tiempo. Cercanos a la muerte, todos esos rostros adormecidos, adelgazados, que respiran con dificultad, boquiabiertos, se parecen. Inquieta preguntar por la cama vacía que horas antes estaba ocupaba por uno de esos ancianos. Abruma la fragilidad humana. Escuchar sus lamentos, no atender sus quejas, evitar pasar por su cama, negar unas palabras de cariño y aliento hieren al investigador,

> [...] somos delgados como el papel. Existimos a base de suerte, entre porcentajes, temporalmente. Y eso es lo mejor y lo peor, el factor temporal. Y no se puede hacer nada al respecto. Puedes sentarte a la cima de una montaña y meditar durante

décadas, pero eso no va a cambiar. Puedes cambiar tú mismo y aprender a aceptar las cosas, pero quizá también sea un error. Quizá pensemos demasiado. Hay que sentir más, pensar menos.[100]


FOTOGRAFÍA 44



Doctor Felipe de Jesús Martínez. Servicio de Endoscopía.

El hospital es un núcleo institucional que absorbe la violencia que genera la sociedad: desigualdad, pobreza, criminalidad, precariedad laboral, ya que atiende personas provenientes de este contexto de exclusión social. Los usuarios del hospital son personas que se disputan la calle para vender cigarrillos, frutas, tamales, dulces, etc. Otras llegan por accidentes de trabajo, por ser víctimas del crimen o participar en él. No faltan aquellas personas que ingresan al hospital porque descuidaron alguna enfermedad o lesión debido a la necesidad que tienen de trabajar para solventar sus gastos más primarios, como comer y mantener a sus familias, de tal suerte que, cuando llegan al hospital, su estado es crítico.

Las figuras de la violencia social y familiar que se observan en el hospital son innumerables. Cada médico enfrenta a su manera este problema en su práctica como especialista. Una doctora afirma que todas las mujeres que llegan al hospital con la nariz lastimada o rota, "absolutamente todas" son víctimas de violencia familiar. Un ginecobstetra, que observa una serie de lesiones en una menor derivadas de una violación, duda si denuncia el hecho, al sentirse amenazado

[100] Charles Bukowski, *El capitán salió a comer y los marineros tomaron el barco*, Barcelona, Anagrama, 2003, p. 95.

por la familia. El cirujano bariátrico —dedicado a tratar la obesidad mórbida— descubre que una de las causas más frecuentes que provocan el aumento de peso es el abuso sexual en la infancia.[101] Los cirujanos generales enfrentan a personas baleadas y acuchilladas todos los días. Atrás de cada intervención hay una historia de violencia que arrastra cada paciente. Los usuarios del hospital no son organismos impermeables al ambiente social: su condición de clase se puede observar por las formas de actuar y hablar; por la manera en que perciben su cuerpo, lo usan, lo resguardan o lo ponen en riesgo.

FOTOGRAFÍA 45

"Poniendo guapo al enfermo". Enseñanza.

Cada persona es percibida por los médicos como un organismo viviente, una maquinaria que requiere atención y arreglo, cada paciente reacciona y evoluciona clínicamente, de acuerdo a su historia. No hay enfermedad que pueda explicarse unidireccionalmente como causa y efecto entre dos variables, antes bien, en cada malestar o condición interviene una constelación de factores, como lo enseñan los propios médicos especialistas; lo ilustra la siguiente nota del Diario de Campo:

[101] El problema de la obesidad es complejo, de ninguna manera puede estudiarse como una relación de causa y efecto. Incluso hay factores sociales como la falta de deportivos, la tendencia a comer más en la calle, el sedentarismo, el estrés laboral, etc., que ayudarían a explicarla. Los médicos consideran la obesidad en grados. En el grado I el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor de 30; en el grado II, es mayor de 35, pero menor de 40; y en el grado III, es mayor a 40 (obesidad mórbida).

FOTOGRAFÍA 46



Cuerpo y creencia: La Niña Blanca.

Los pacientes con obesidad mórbida y sus familias, le otorgan un carácter milagroso a la operación quirúrgica y creen que ésta es la única solución; mienten para que se les autorice la cirugía, por ejemplo, niegan adicciones, ansiedades, formas de discriminación. Para la familia del obeso mórbido es un problema de cirugía estética y no un problema de salud ni mucho menos de violencia familiar y social. Los pacientes llegan al hospital presionados por la familia, por eso no reconocen su enfermedad. Ocho de cada diez personas consideran que es una operación de cirugía plástica. Hay tres métodos. El primero es la cirugía *bypass*, que conecta una parte del intestino con el estómago. El segundo es el balón gástrico que reduce la capacidad del estómago para asimilar alimento y, el tercero es la restricción anatómica del estómago (denominada "manga"). Hay que explicar al paciente la importancia del entorno familiar. Es vital para sanar. Si persisten los malos hábitos —crónicos— de alimentación, cualquier procedimiento fracasará. Sin conciencia del cuidado del cuerpo, de su ingesta calórica, de la calidad de vida, de la discriminación, del aislamiento, se vive en la negación. Muchos de estos pacientes tratan con "productos milagro", abandonan el tratamiento, y no aceptan su responsabilidad. Otros, que no ven resultados rápidos, piden que se les realice otra cirugía. Viven angustiados por el peso. Existe una "personalidad obesa", es decir, con baja autoestima, reprimida emocionalmente, influenciable, con pensamientos mágicos y trastornos de ansiedad, que la hacen propensa a engordar. *Son personas que temen a los espejos y a las básculas.*

Los pacientes que no son candidatos a cirugía son aquellos con trastornos graves, a saber: *a*) que sufren depresión crónica; *b*) los que tienen adicciones activas; *c*) los

> que padecen bulimia; *d*) los que han intentado suicidarse. Los pacientes con mal pronóstico son aquellos que sufrieron acontecimientos vitales negativos, como abuso sexual en la infancia, una muerte cercana, los adictos o que tienen antecedentes psiquiátricos. La paciente que baja de peso vive la erotización de su cuerpo. Es una nueva sensación que debe tratarse con los psicólogos. El abuso a la mujer influye en el fracaso de la cirugía, porque cuando la paciente baja de peso y ve su cuerpo torneado —como el cuerpo del deseo "causante" del abuso—, regresa la ansiedad y vuelve compulsivamente a comer.[102]

Cada caso clínico que los médicos y psicólogos enfrentan está mediado por el ambiente social, es decir, por una historia de violencia y discriminación, que deriva en patrones de alimentación inadecuados como una forma de refugiarse, de defenderse o de culparse por medio del cuerpo. El perfil del obeso mórbido responde a una historia compleja de la cual el sujeto es un efecto y no sólo la causa. La depresión, la baja autoestima, la angustia, etc., no se entienden fuera de la trayectoria de vida y de las relaciones afectivas con los que le rodean. Un cambio en la persona obesa implica un proceso de reflexión propia y una batalla para transformar la dinámica del sistema familiar. La reflexión individual está destinada al fracaso, debe participar el grupo para consolidar el cambio.[103]

En la entrada de su oficina, sobre la pared, cuelga un crucifijo. En el interior se escucha música de jazz. El jefe de Medicina Interna es un hombre de aproximadamente 1.70 metros, de tez morena. Mientras camina, inclina la cabeza ligeramente hacia adelante, mirando furtivamente de un lado a otro. Franco, sarcástico, tiene la seguridad que brindan los años en el ejercicio de la profesión. El humor negro forma parte de su vocabulario; "cuando se los lleva el payaso suele escucharse el sonido de las sirenas" comenta, en relación a la muerte y el llanto. De plática amena, cuando concluye una frase, congela el rostro por un instante, como diciendo que no hay nada más que agregar. Cuando está en desacuerdo culmina su argumento girando la cabeza hacia un lado, con la boca entreabierta y la mirada fija. El rostro es gramática: expresión, pausa y puntuación. Lenguaje que se interroga y afirma a sí mismo, como diciendo, no entiendo para qué tanto escándalo de algo que se puede resolver tan fácil.

Notas del Diario de Campo

[102] Nota del Diario de Campo (sobre la clase general de los días viernes).

[103] "Las teorías psicológicas de la enfermedad son maneras poderosísimas de culpabilizar al paciente. A quien se le explica que, sin quererlo, ha causado su propia enfermedad, se le está haciendo sentir también que bien merecido lo tiene". Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*, Madrid, Taurus, 1996, p. 60.

El problema de la violencia social y familiar es el pan de cada día en el Hospital Rubén Leñero. El médico que observa un hecho de violencia está obligado a dar cuenta al médico legista y al Ministerio Público. No obstante, no siempre es así. Las razones pueden ser muy distintas y se tendrían que investigar con detalle y dentro de la complejidad que implica cada caso. Como observamos, la enfermedad es una ventana para mirar lo que sucede en la dinámica familiar del paciente y para analizar el entorno social, laboral, educativo. En un día común y corriente se pueden contar entre 50 y 70 pacientes lesionados de la mano que esperan ser atendidos en la consulta externa de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Son manos de obreros y trabajadores que durante la jornada se accidentaron; manos aplastadas, quemadas, cortadas, golpeadas, fracturadas. Esta cantidad de casos (lesiones de mano) ha formado una escuela generacional dentro de la cirugía plástica en el hospital, destinada a la atención y la reconstrucción de este tipo de lesiones. En el Servicio de Ortopedia llegan fracturados por razones que se relacionan con la edad y la situación; las personas mayores suelen fracturarse la cadera por caídas en el baño o escaleras de la casa, mientras que los trabajadores jóvenes llegan por accidentes laborales. Estas lesiones podrían evitarse con programas de prevención en el hogar o exhortando al uso del equipo de trabajo adecuado:

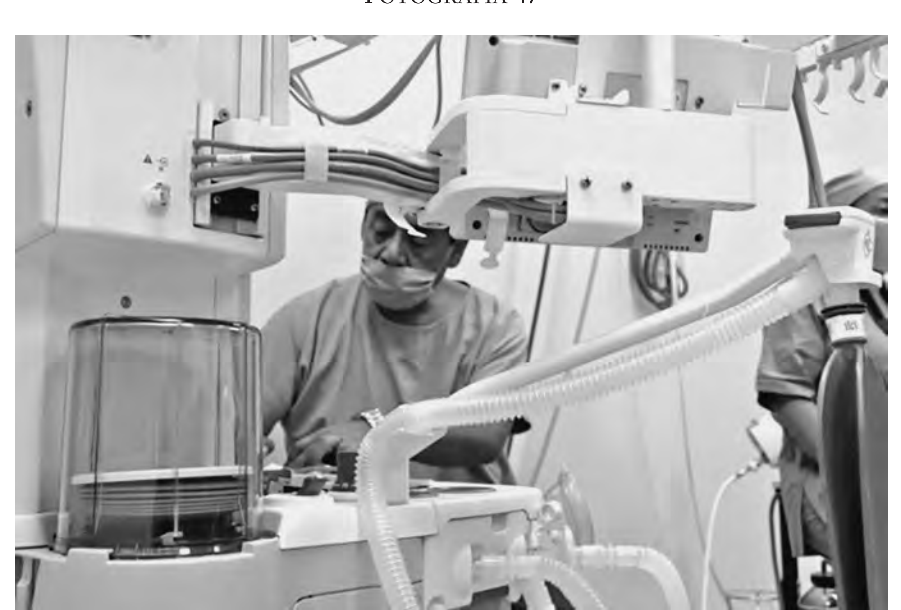
> Una noche ingresó al Servicio de Urgencias un hombre de aproximadamente 30 años de edad que cayó de un andamio mientras trabajaba. Lo pusieron en una silla de ruedas mientras elaboraban el registro de ingreso y era atendido. A través de la piel se veían las protuberancias de los huesos fracturados de ambos brazos; reclinado al frente, en su silla de ruedas, esperaba inmóvil por el dolor. El médico comenta que no tiene lugar para hospitalizarlo, que le pondrá unas férulas después de acomodarle los huesos y lo mandará a su casa; posteriormente se le dará una cita para darle seguimiento.[104]

La violencia del entorno impacta en el hospital. Para el ojo del sociólogo, estas figuras de la violencia son analizadores que abren nuevos caminos para la investigación. El desequilibrio del cuerpo que provoca la enfermedad o las lesiones, si bien es un hecho biológico, se relaciona con la trayectoria de la vida social de la persona, con la dinámica de la familia, con la organización hospitalaria, con el universo laboral. La persona enferma ya no es la misma de antes, ya que se desprende de su situación vital; como dice Hans-Georg Gadamer, cualquier desajuste o pérdida del equilibrio provoca otros desequilibrios.[105] Dicho con otras palabras, el sis-

[104] Notas del Diario de Campo.
[105] Hans-Georg Gadamer, *El estado oculto de la salud*, Barcelona, Gedisa, 2017, p. 56.

tema biológico se mantiene ligado a otros sistemas que de una u otra forma se equilibran mutuamente, hasta que la vida se perturba. La enfermedad, el dolor y la muerte provocan variaciones en la dinámica social, en los grupos y en las instituciones, que revelan así sus ajustes en la actuación de sus agentes (abandono del familiar, despido laboral, falta de cuidado en el cuerpo, burocratización, negligencia), así como los prejuicios sociales (desprecio a la vejez, al desarraigado, temor a la muerte):

FOTOGRAFÍA 47



Anestesiólogo que registra los signos vitales.

4 de octubre de 2016. Primer martes del mes. Reunión del Comité de Mortalidad a las 9:00 a.m. Llegada al hospital a las 7:30 de la mañana. Ingreso por la entrada de la Consulta Externa; camino hacia urgencias por los corredores internos evitando el patio central. Sobre el pasillo esperan personas lesionadas para ser atendidas. Me siento en esas sillas maltratadas para releer mis notas o manipular la cámara fotográfica. Se escucha el sonido *prolongado* de uno de los aparatos que registran la respiración, el ritmo cardiaco o la presión arterial. El sonido provoca que los pacientes volteen, preocupados, hacia la cama que lo emite. Silencio por un momento y segundos después la línea sonora regresa. Los rostros en señal de alerta. Paso a la sala de Urgencias. Veo una anciana tendida. El aparato que registra la vida junto a su cama. Cuerpo maltrecho por los años y la enfermedad. Su rostro, cercano a la muerte, se asemeja al de otros ancianos: los ojos cerrados, la boca de óvalo inmóvil. Aspira y exhala con dificultad. El rostro pegado al cráneo, se hunde por

la desdentada boca.[106] El semblante del sueño insondable que posiblemente evoca el juego de antaño, la risa del hijo perdido, el abrazo de la madre. Flashazos de la memoria. No lo sé.

Ingresamos al Comité de Mortalidad. Presenciamos una fuerte discusión entre el jefe de Terapia Intensiva y el de Cirugía General, sobre la responsabilidad de la muerte de un paciente. La discusión fue a gritos y tuvo que llegar el director del hospital para apaciguar los ánimos. Regresamos al Servicio de Urgencias después de salir a desayunar. En el lugar de la anciana, un hombre parado frente a la cama desocupada. La bata abierta mostrando la espalda y las nalgas. La anciana murió. El nuevo paciente está arreglando la cama.

Más tarde llegan dos lesionados, el primero, un hombre de unos 38 años de edad, con la camisa en la cabeza, como turbante, para contener la sangre que le chorrea por el pecho y la espalda. Fue asaltado por unos maleantes. El segundo paciente, es una anciana como de 90 años de edad, delgadita. La frente golpeada, mostraba sangre. El Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM), la ingresa en camilla. Los paramédicos tramitan su hospitalización. La anciana se queja de dolor, dice que va a morir, pide que la desaten de la camilla. Extiende el brazo y ruega a la rescatista que le coja de la mano. Mirada de angustia y repulsa. Retrae la mano que la anciana busca desesperadamente.[107] Otro rescatista se la toma. Ella le suplica que no la suelte porque morirá. Pienso en Baudelaire, en la fealdad del viejo. En Bukowski, que conoce de las malas jugadas de los dioses que nos convierten en seres estropeados: "Hacerse viejo es muy extraño. Lo principal es que te lo tienes que estar repitiendo: soy viejo, soy viejo. Te ves en el espejo mientras bajas por las escaleras mecánicas, pero no miras directamente al espejo, echas una miradita de lado, con una sonrisa de precaución. No tienes mal aspecto; pareces una vela polvorienta. Qué se le va a hacer, que les den por el culo a los dioses, que le den por el culo a todo este juego".[108]

Comenta el sociólogo alemán Norbert Elias que en el mundo moderno resulta difícil dirigirse a los viejos sin sentir algún tipo de inhibición; son los hospitales

[106] "Cuando se acerca el fin, apenas te quedan fuerzas para abrir los ojos y yaces inánime en el lecho de muerte, con la respiración por todo indicio de movimiento. Poco a poco te vuelves irreconocible, y todos los detalles que volvían tus facciones tan característicamente tuyas se van diluyendo en la nada. El contorno del rostro se desdibuja hasta fundirse en un trazo anónimo de la calavera que hay debajo. Ahora uno guarda un gran parecido con cualquier anciano, con su cara demacrada y deshidratada, todos idénticos con su bata de hospital". Henry Marsh (2016), *Ante todo no hagas daño*, Barcelona, Salamandra, p. 249.

[107] "La visión del moribundo provoca sacudidas en las defensas de la fantasía, que los hombres tienden a levantar como un muro protector contra la idea de la propia muerte. El amor a sí mismos les susurra al oído que son inmortales. Y un contacto demasiado estrecho con los que están a punto de morir amenaza este sueño desiderativo". Norbert Elias, *La soledad de los moribundos,* México, FCE, 1989, pp. 17-18.

[108] Notas del Diario de Campo. Charles Bukowski, *El capitán salió a comer…, op. cit.,* p. 20.

—también los asilos— los que a través de rutinas institucionalizadas "configuran socialmente la situación del final de la vida. Crean unas formas de gran pobreza emotiva y contribuyen mucho al relegamiento a la soledad del moribundo".[109] No carece de razón el médico cirujano ortopedista, funcionario del hospital, que en tono de broma le dice al jefe de Medicina Interna que la única certeza que les puede prometer a sus pacientes hospitalizados es la de otorgarles su certificado de defunción por adelantado, puesto que son incurables, desahuciados o moribundos que, al no poder ser enviados a su casa, mueren ahí o en el Servicio de Urgencias. Gran parte de ellos son ancianos de escasos recursos que son atendidos —o, como se dice en los pasillos del hospital, *se les da mantenimiento*— mientras mueren. Sus quejas son escuchadas por otros pacientes, así como por el personal médico y de enfermería, que continúa con sus rutinas normalmente. Este alejamiento obedece a distintas razones, una de ellas es la fuerte demanda de usuarios del hospital, que impide un tiempo de atención mayor para escuchar sus malestares; otra tiene que ver por los efectos de la intermediación burocrática. Toda institución establece ciertas pautas de acción (definidas de antemano) en oposición a otras posibles; esas pautas, rutinas, protocolos, son experimentadas por los agentes institucionales como una imposición externa, impersonal, objetivante.[110] No obstante, la deshumanización burocrática afecta de diferente manera al personal y a los internos. En el hospital, el personal médico y de enfermería se escudan en las rutinas institucionalizadas para no involucrarse emocionalmente con los enfermos. El comentario siguiente, respecto a este rechazo a la persona que padece de dolor, es nuevamente de Elias:

> En la actualidad, las personas allegadas o vinculadas con los moribundos se ven muchas veces imposibilitadas de ofrecerles apoyo y consuelo mostrándoles su ternura y su afecto. Les resulta difícil cogerles la mano o acariciarlos a fin de hacerles sentir una sensación de cobijo y de que siguen perteneciendo al mundo de los vivos. El excesivo tabú que la civilización impone a la expresión de sentimientos espontáneos les ata muchas veces manos y lengua. También puede ocurrir que los vivientes sientan de un modo semiinconsciente que la muerte tiene carácter contagioso y que es una amenaza, e involuntariamente se apartan de los moribundos.[111]

Los médicos aprenden de la violencia y de la exclusión social que viven los pobres. Comenta una doctora que, si el hospital recibe a la semana entre diez y 15 personas lesionadas por arma blanca o de fuego a la semana, y muy pocas

[109] Norbert Elias, *La soledad de los moribundos, op. cit.*, p. 38.
[110] Véase Peter Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social..., op. cit.*, pp. 74-81.
[111] Norbert Elias, *La soledad de los moribundos, op. cit.*, p. 39.

mueren por ello, es porque los cirujanos son hábiles. Los usuarios de los hospitales privados no son materia fértil para el aprendizaje, como los que llegan a la sala de Urgencias de un hospital de salud pública. Aquí se asiste a personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social o recurso económico o, como dice el jefe de Medicina Interna, se atiende al subterráneo de la sociedad:

> Los pacientes del Servicio de Medicina Interna son crónicos degenerativos muy complicados: diabéticos con desequilibrio en ácido base, que llegan en etapas terminales. Tenemos una población socialmente hablando de un estrato muy bajo, *subterránea*. Son personas sin trabajo, abandonadas, que viven en la calle y no tienen una cultura para cuidarse. Aquí las personas cuando llegan te dicen: es que pisé un clavo y pensé que sólo tenía una infección, hasta que vi que mi pie se puso negro. Y es que, si no salgo a vender, no como doctor. Pero cuando llegan al hospital, el pie se tiene que amputar.[112]

FOTOGRAFÍA 48



Cicatrices y tatuajes: el barrio en el cuerpo.

Vidas sin valor social. Algunas de ellas culminarán en la fosa común; sin llanto ni flores, sin tumba o ritual alguno. Si en algo coinciden los jefes de servicio del Hospital Rubén Leñero es en el tipo de lesionados que llegan y que no se ven en otros hospitales: jóvenes baleados o picados en el pecho, trabajadores prensados por una aplanadora o atravesados por una varilla en la cabeza, vagabundos

[112] Fragmento de una entrevista al jefe de Medicina Interna.

quemados o mutilados.[113] Comenta el jefe del Servicio de Ortopedia que el médico se enfrenta a lesiones cada vez más graves, causadas por armas muy destructivas. En los hospitales públicos como el Rubén Leñero el servicio de urgencias recibe casos muy difíciles que son materia idónea para la enseñanza. Muchas veces, los cirujanos abren los cuerpos para encontrar las lesiones, a la manera de una autopsia en vida.[114] El sociólogo David Sudnow registra esta situación, propia de los hospitales de salud pública:

FOTOGRAFÍA 49



Manos trabajadoras.

> Uno de los cirujanos realizó una operación lateral haciendo una incisión en un área de la piel circundante a la entrada de la herida en el pecho, para examinar, según anunció a sus colegas, la estructura del tejido a través del cual pasó la bala. Anunció explícitamente que tuvo un único motivo: la curiosidad; uno de los ciru-

[113] "Voy a tomar café en la sala de espera. Ahí un hombre sentado como de cuarenta años de edad, se queja de un dolor en el vientre. Su cuerpo doblado por el dolor; pide ayuda para realizar el trámite de ingreso. En sus manos, el acta de nacimiento y la identificación. Porta un collar con la figura de la Santa Muerte, plateada, con piedras de colores incrustadas. Pienso que *hoy la Niña Blanca no está de* buenas. En muchas ocasiones las personas en situación de calle son quemadas intencionalmente arrojándoles gasolina o algún líquido inflamable y prendiéndoles fuego; estas prácticas se asocian con la limpieza social, son acciones violentas de grupos o individuos que se plantean recuperar espacios que consideran han sido invadidos por los vagabundos, cuando no verdaderos actos de odio, apuestas por el exterminio". Notas del Diario de Campo.

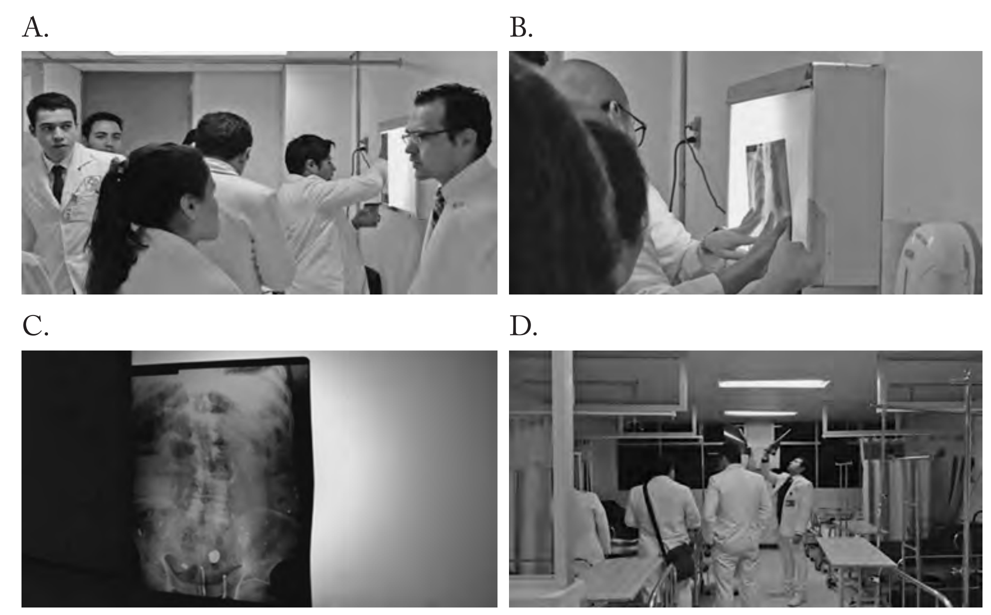
[114] Varias razones conducen a la apertura de los cuerpos, como la gravedad del paciente, la falta de laboratorios o la práctica quirúrgica (enseñanza), como veremos más adelante.

janos habló de la operación como una "autopsia a un paciente vivo", comentario que fue seguido de algunas risas.[115]

La práctica de los médicos residentes es continua, porque la violencia también lo es, lo que los convierte en cirujanos muy hábiles; ellos mismos reconocen que mientras más traumatizado esté el paciente, más aprenden, ya que tienen la libertad de poner en práctica nuevas y variadas técnicas. De este modo adquieren mayor destreza y temple, sobre todo para atender a los pacientes menos graves.

FOTOGRAFÍA 50

A. B. C. D.



Desconcierto entre los residentes que observan la placa de tórax de un hombre que ha sobrevivido a la cisticercosis.

El interés del médico por el conocimiento y el alto número de usuarios atendidos lo separa del paciente y sus familiares. Su cuerpo, una vez ingresado al hospital, es materia para el aprendizaje:

> Durante un pase de visita, un médico residente de cuarto año (R-4), ausculta a un viejo paciente adormecido y muestra sorprendido al resto de los residentes de me-

[115] David Sudnow, *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1971, p. 130.

> nor jerarquía, una radiografía de tórax. En ésta, se observan una infinidad de puntos claros —lesiones calcificadas— consecuencia de una parasitosis de cisticercos. Asombrado de que el paciente haya sobrevivido, manda realizar nuevos estudios para el cerebro, mientras comenta que este tipo de casos son únicos, y que difícilmente podrían encontrarse en los hospitales privados, en donde el nivel socioeconómico es más alto.[116]

Un médico patólogo refiere que hay tumores maravillosos por inusitados; sorprenderse de un hecho así sólo es posible desligando la enfermedad del sufrimiento y la muerte. La capacidad de asombro por el conocimiento empaña la mirada hacia el sujeto de la emotividad, porque lo que observa el médico es el cuerpo como un universo siempre enigmático, difícil de conocer en su totalidad.

La ética y la norma —subrayan los médicos— dictan que la atención debe ser igual para todos; no obstante, quien ingresa al hospital lleva —insistimos— el sello de su condición social. Existen sutiles diferencias —algunas de ellas justificadas por las mismas reglas internas de seguridad del hospital— que parten, en principio, de la condición médica del usuario. Cada ingreso representa una enfermedad o lesión; por ende, recibe un tratamiento en el servicio respectivo. Hay un elemento emocional del enfermo hospitalizado que debe considerar el personal médico. En las sesiones académicas se habla, así, del perfil del paciente quemado, traumatizado, crónico/degenerativo, obeso, etc., el cual requiere de una alimentación especial, determinados cuidados y seguimiento. La pérdida de la salud trae a su vez irritabilidad, depresión, decaimiento, negación, agresividad. Los médicos enfrentan día a día a las personas enfermas como seres anatomobiológicos, pero también como sujetos emocionales; ésta es una situación que pueden evadir pero que de ninguna manera desconocen.

El paciente, en calidad de integrante de la sociedad, forma parte de un mundo de distinciones, de prestigios o desprestigios que toman la forma de reconocimientos o estigmas sociales. Los usuarios del Hospital Rubén Leñero no son únicamente enfermos —en el sentido biológico—, sino que también son personas que están socializadas por ese contexto de precariedad y exclusión social del que el cuerpo es fiel receptor. El cuerpo integra aprendizajes provenientes de una cultura del riesgo, del exceso, de la confrontación, de la transgresión que se evidencia en el tipo de usuarios que ingresan al hospital, puesto que no es lo mismo que ingrese un paciente proveniente de un "punto rojo" (lugar de venta de droga) y que lo haga otro que es recomendado por un médico o funcionario del hospital. El paciente lo es por una serie de síntomas corporales, pero ello no impide

[116] Notas del Diario de Campo.

que comunique su condición social; es imposible que no envíe información a este respecto, como dice Goffman:





Lesión y apache.

> La información [social], al igual que el signo que la transmite, es reflexiva y corporizada: es transmitida por la misma persona a la cual se refiere, y ello ocurre a través de la expresión corporal, en presencia de aquellos que reciben la expresión [...] Los símbolos de prestigio pueden contraponerse a los *símbolos de estigma,* es decir, a aquellos signos especialmente efectivos para llamar la atención sobre una degradante congruencia de identidad, y capaces de quebrar lo que de otro modo sería una imagen totalmente coherente, disminuyendo de tal suerte nuestra valorización del individuo.[117]

Simplificando: cada ingreso al hospital, cada cuerpo herido, enfermo, descuidado, accidentado es atendido individualmente; no obstante, el cuerpo descubre su travesía social. Los tatuajes del acuchillado hablan de una trayectoria violenta; la cronicidad del diabético, del abandono social; la obesidad incontrolada, de la violencia familiar; la lesión en las manos, de la precariedad laboral; el consumo de droga, del vacío emocional. La historia clínica se entrelaza necesariamente con la trayectoria social.

[117] Erving Goffman, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992, p. 58.

La relación médico-paciente

[...] imagínate que los hospitales estuvieran diseñados como lugares donde los médicos rodearan a sus pacientes de amor o en cualquier otro caso de atención, complaciente, entonces tendrían mucho mejor aspecto, ¿no? Y además a los médicos se les tuerce el gesto cuando tratas de saludarlos en el pasillo. ¿Cómo puede ser de otra manera? ¿Cómo se selecciona en la carrera de medicina?

Danzando con la muerte. Memorias de un médico
Bert Keiser

Y no serían humanos los doctores si no les disgustasen algunos de sus pacientes.

El sistema social
Talcott Parsons

Se espera que la relación médico/paciente se encuentre, como muchas otras, pautada por una serie de roles que cada uno de los actores debe cumplir.[118] Es un problema institucional porque, como toda relación profesional, no sólo es de naturaleza social, sino también emocional, ya que está mediada por el dolor y el padecimiento. La enfermedad está implicada dentro de un contexto de interacciones institucionales; sabemos que ésta, si bien es una perturbación del organismo biológico, puede ser un recurso inconsciente o un acto deliberado para evadir responsabilidad social; sin duda, una variable para saber si esto es así es la gravedad de la enfermedad. El médico parte del supuesto de que el malestar del paciente no es voluntario, sino algo indeseable que le impide incorporarse a la vida social y productiva, por lo que el enfermo quiere curarse y está dispuesto a aceptar su ayuda. Por su parte, el paciente espera de este último que cuente con los conocimientos especializados, que sea afectivamente neutral y que busque su recuperación y bienestar.

En la práctica médica cotidiana es frecuente que existan dificultades para definir las variadas situaciones de interacción en las que se encuentran los médicos, las enfermeras y los pacientes. No sólo son problemas de ajuste de los roles que cada actor está obligado a representar, sino también problemas de tipo transferencial, porque en la relación médico/paciente intermedian las emociones; los médicos y las enfermeras no son inmunes al dolor ajeno, a la impotencia y el desamparo del paciente. Comenta una enfermera que en el Hospital 20 de No-

[118] El inicio de este apartado retoma algunos planteamientos del sociólogo estadounidense Talcott Parsons, particularmente el capítulo 10 titulado "Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna". Véase Talcott Parsons, *El sistema social*, Madrid, Alianza, 1999.

viembre, en el Área de Oncología de niños, llevan toda la carga emocional de los familiares, ya que los cirujanos muchas veces amputan y únicamente dan una breve explicación a la familia (no vuelven a tener contacto con ésta). De ahí la importancia del Servicio de Psicología en las instituciones que lidian con el sufrimiento y la muerte. La situación que viven el paciente y sus familiares es de perturbación. La relación médico/paciente es ambivalente, porque le provoca a toda la familia una serie de sentimientos irracionales, mágicos o supersticiosos, que se ligan con las causas de la tragedia o la enfermedad, así como de agresión hacia el médico y al personal hospitalario. Los policías que custodian el hospital y que impiden el ingreso de las personas que no están autorizadas comentan que constantemente reciben insultos de los familiares, quienes les dicen que son unos *muertos de hambre* que viven de los impuestos que ellos pagan. Una forma de controlar la situación por parte de los médicos es ciñéndose a los protocolos de actuación institucional y concentrándose en la especificidad de sus funciones, pues ello "le permite al médico reducir la relación [con el paciente] a un cierto contenido, que ciertamente se le impone [...] la neutralidad afectiva que le permite evitar entrar en reciprocidades en el nivel emocional, sirve para proporcionarle esta protección. El resultado es que rehúsa esa reciprocidad y tiene su respaldo institucional en esa actitud".[119]

FOTOGRAFÍA 52



Se escucha el dolor.

[119] Talcott Parsons, *El sistema social, op. cit.*, p. 295.

FOTOGRAFÍA 53



El cuidado de la vida.

El médico es quien debe ajustar su competencia técnica y lidiar con los límites de su conocimiento. Todos reconocen que hay un factor de incertidumbre en el control de la situación.[120] La mayoría de los médicos opta por hablar con la verdad a los familiares de los pacientes y, con ayuda de las enfermeras más experimentadas, manejar los momentos de ansiedad que se viven en casos de muerte o mucha gravedad. En la Unidad de Cuidados Intensivos, por ejemplo, las enfermeras y médicos motivan a los familiares para que hablen con el enfermo comatoso, le lleven la música que le agrada, le cuenten historias de la familia o escuche la voz grabada de algún hijo pequeño, con la finalidad de que lo ayuden en su recuperación y para evitar que, cuando lleguen a visitarlo, se queden atónitos sin saber qué decirle. El jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos comenta que en cierta ocasión un paciente que estuvo inconsciente por varios días en su servicio lo reconoció al pasar, por el aroma de la loción que percibía, cuando se encontraba bajo su cuidado. También le relató que disfrutaba mucho los "baños de esponja" que le daban, a pesar de que no podía comunicarse con el mundo ex-

[120] "El efecto general de la existencia de grandes factores de imposibilidad conocida y de incertidumbre en la situación, con los que tiene que enfrentarse, consiste en imponer tensiones en el médico, que hacen más difícil que tenga una orientación 'puramente racional' hacia su trabajo que si su orientación fuese tal que garantizara en éxito con un trabajo competente. Esto es cierto respecto de su propia orientación no haciéndose cargo de las interacciones recíprocas con sus pacientes y familiares". *Ibid.*, p. 288.

terior.[121] Por eso está convencido de que el aspecto emocional, tanto con los pacientes como con los familiares, es esencial en el manejo hospitalario. Las formas de intervención para el manejo de las emociones no sólo las da el conocimiento que ofrecen los libros, sino principalmente el de la experiencia:

> Una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos describe la socialización que brinda a los jóvenes psicólogos (prestadores de servicio social) para que puedan interactuar con los familiares en caso de fallecimiento de una paciente. "Las jóvenes psicólogas se quedan pasmadas, no saben qué hacer, tiene uno que decirles que se acerquen con la familia, que le pregunten a los padres si padecen alguna enfermedad o están tomando algún medicamento, invitarlos a sentarse, saber si necesitan comunicarse con otras personas, platicar y no alterarse porque entonces se empeoran las cosas".[122]

Los médicos incursionan en la intimidad del cuerpo, lo exponen desnudo para tocarlo, revisarlo, invadirlo con tubos, introducirle agujas, medicamentos, etc. El paciente está vulnerable por la enfermedad; antes de llegar al hospital muchos de ellos se han sometido a una serie de remedios caseros sin efecto, por lo que llegan en estado crítico.[123]

El antropólogo Renato Rosaldo estudió el papel de la muerte y de la aflicción por la ruptura de una relación íntima, por la pérdida de un ser querido, entre la comunidad de los ilongotes en Filipinas.[124] Descubrió que dicha aflicción se convertía en una fuerza irresistible e iracunda que dominaba a los dolientes, quienes en compensación, van en búsqueda de una cabeza humana. La rabia ante la imposibilidad de revertir lo irremediable se transmuta en una furia en contra del otro. Sólo a través de otra muerte la ira del cazador cede.

El enojo y la impotencia que se transforman en acto son sentimientos que surgen ante la desgracia y la muerte. Por eso no son pocas las agresiones que reciben los médicos por parte de los familiares y allegados de los pacientes. Los estudios sobre la muerte, el sacrificio y la ritualidad explican en parte el enojo de los familiares que se mortifican ante la pérdida de uno de sus integrantes y la im-

[121] Notas del Diario de Campo.

[122] *Idem*.

[123] "En la medida en que su rol puede ser definido sobre una base inequívocamente universalista, esto sirve de protección frente a esa asimilación, porque la amistad personal, las relaciones amorosas y las relaciones familiares son sobremanera particularistas. No obstante, este efecto de la significación funcional del universalismo se encuentra íntimamente ligado con el de la especificidad y neutralidad afectiva funcionales". Talcott Parsons, *El sistema social...*, *op. cit.*, p. 292.

[124] Véase Renato Rosaldo, "Aflicción e ira de un cazador de cabezas", en *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*, México, Grijalbo, 1989, pp. 15-31.

potencia que ello ocasiona. Y es que algunas veces la familia no está completamente convencida de lo que le explica el médico; se generan muchas culpas y se necesita un chivo expiatorio que las disipe. El médico es el centro de atención y está expuesto a ser el blanco de esta aflicción que muta fácilmente en ira.[125]

Fotografía 54



Luchando contra la muerte.

En ciencias sociales los estudios sobre el poder médico, la frialdad ante el dolor ajeno e incluso la violencia de su ejercicio muestran una parte del problema. Se requiere preguntarle al médico por qué actúa como lo hace antes de juzgar apresuradamente su comportamiento. Según la responsable de la oficina de Atención Ciudadana, una parte de las quejas que presentan los pacientes podría evitarse si el personal médico fuera más atento a las preocupaciones de los familiares y de los enfermos. Cuando se charla con los médicos (cirujanos, urgenciólogos o terapistas intensivos), resaltan la necesidad de actuar ante la emergencia, más allá de cualquier otra consideración sentimental; las emociones se dejan para otro momento. El siguiente fragmento de entrevista puede dar una idea de la perso-

[125] "Cerca de la Jefatura de Urgencias; se escucha que una doctora plática con uno de los familiares de un paciente internado. La doctora le dice que siempre debe de estar alguien de la familia en el hospital y que se pongan de acuerdo entre todos, para que roten por turnos. Que, dada la gravedad del paciente, deben platicar y evaluar el daño de éste para que manejen el estrés y el desgaste que sufrirán mientras se encuentre internado. Si el enfermo no evoluciona hay altas probabilidades de que muera y que la familia debe estar preparada, ya que cada persona responde de manera diferente". Notas del Diario de Campo.

nalidad del cirujano y las barreras que levanta para tratar de no implicarse emotivamente:

> Sociólogo: Doctor, ¿es para usted más difícil tratar con los niños que con los adultos?
> Médico: Si usted me hace esa pregunta, mi respuesta *es que yo los odio*. No me gusta atenderlos como pacientes porque no les entiendo, no sabes qué tienen, no nada. Un niño es como un viejito: no habla, no se mueve, no nada. A mí me desesperan porque no sabes si se te pueden complicar. Los pediatras tienen otras habilidades que no tenemos nosotros los cirujanos.[126]

El testimonio del residente es directo, sincero e incluso frío; su respuesta explica la subespecialidad que le interesa: ginecología oncológica. Este interés también lo aleja de las dificultades y ansiedades que le producen los niños y que particularmente le dificultan su labor médica.

Cerca del Hospital Rubén Leñero pasa el ferrocarril de Cuernavaca. Comenta el jefe del Servicio de Ortopedia que a los lados de la vía suelen emborracharse y dormirse los vagabundos, por lo que han llegado personas gravemente mutiladas, desangrándose. Afirma que se tiene que actuar rápidamente, no hay tiempo para lamentarse; el cirujano no debe sentir empatía para actuar eficazmente. Sin embargo, lo anterior no significa que los médicos sean inmunes al dolor. Al respecto, un cirujano ortopedista comenta y se pregunta lo siguiente:

> Debajo de la bata hay un ser humano que siente. El médico se pone una máscara para aparentar que no le duele o no siente nada. Atrás de la máscara hay una armadura y después un escudo. Se coloca en un lugar donde dice: no me interesa el dolor y se despersonaliza. Todo esto es una defensa porque el dolor es imposible controlarlo. También porque se enfrenta a la violencia social, a la escoria de la sociedad y cuando usted los atiende, le mientan la madre, le escupen, lo avientan y le agreden verbalmente. Todo esto es continuo, a pesar de que está haciendo lo posible por ayudar. ¿Cuánto tiempo tarda un médico para hacerse inmune a todo esto?[127]

La violencia en la relación médico/paciente no es unidireccional. La causa no es provocada únicamente por la personalidad del médico, fuera del contexto social o de las relaciones con el paciente y sus familiares. Actualmente, las agresiones hacia los médicos van en aumento y esto no puede entenderse fuera del ambiente de violencia que se vive en la Ciudad de México y en todo el país.

[126] Fragmento de una entrevista a un R-4 de Cirugía General.
[127] Fragmento de una entrevista a un cirujano ortopedista.

FOTOGRAFÍA 55



Pensando en la intervención.

Destacamos la actividad del médico y cómo ésta lo afecta. Finalmente, el contacto que establece es con otros seres humanos que sienten y se emocionan como él. El médico no evita la implicación, aunque conscientemente trate de hacerlo; la fuerza de voluntad o la racionalización es insuficiente para evitar los efectos desgastantes de la profesión. Los protocolos médicos que ajustan su actuación a determinados roles son una forma de controlar el estrés, pero la gran demanda de usuarios y la gravedad de algunos casos presionan al personal médico y de enfermería en una dinámica intensa en donde se enfrentan a infinidad de situaciones, poniendo a prueba día a día las relaciones humanas en el interior del hospital.

Se estudia medicina para curar a los demás. Apariencia de tal acto. Pero entonces una pregunta multicolor, como la coralillo que en ese momento se arrastraba por el piso, me mordió. ¿Y para qué se desea curar a los demás? En el fondo de esta actitud, ¿no residiría acaso el deseo de curarse a uno mismo? Y con ello se develaron ante mis ojos las imágenes de mi infancia triste, al lado de una madre siempre enferma.

El adivinador de lo cierto
Federico Ortiz Quesada

Los médicos y el personal de enfermería reconocen que no deben traerse los problemas que se viven en casa al hospital, y viceversa. Por eso las emociones deben separarse en tiempo y lugar, aunque admiten que no siempre sucede

así. El maltrato, el malestar o la indiferencia hacia los pacientes pueden obedecer a conflictos familiares, económicos o de otra índole que se "descargan" en aquéllos.[128] Las ansiedades, los sobresaltos, los estremecimientos a los que se ve sometido el cirujano ante las situaciones de urgencia pueden repercutir en la vida familiar, y, viceversa, los conflictos personales pueden afectar la calidad de la atención médica, puesto que, como decíamos, difícilmente el personal del hospital está prevenido o es inmune ante el dolor del otro. Los agentes no escapan a la transferencia emocional, en tanto están obligados a relacionarse "técnicamente" con la persona enferma y con su familia. Comenta un cirujano ortopedista:

> Si observamos hacia dónde se inclina la balanza del dolor, es hacia el ortopedista. La especialidad es exacta porque el hueso te queda derecho o te queda chueco, punto. El "tripero" (cirujano general) lo mismo te quita 50 centímetros que metro y medio de intestino y no se nota. Los ginecólogos hacen ciencia de lo que la madre naturaleza hace normalmente. Los dermatólogos trabajan con un órgano que va a ceder a las tensiones a las que es sometido, de forma que la piel se puede alargar o cortar. En estas especialidades no hay mayores repercusiones, en cambio, si se deja chueco un hueso éste queda así toda la vida. Yo me dedico a la columna y ésta no permite errores. Si se comete un error o queda mal el hueso, éste nunca olvida. Toda la vida habrá que darle tratamiento, y toda la vida arrastramos el dolor, toda la vida.[129]

El testimonio es interesante por varias razones. Una de ellas es por la manera en que una especialidad médica aprecia a las otras. Colocado desde el lugar de cirujano ortopedista, hay un autoelogio sobre el trabajo que se realiza, a la par que se menosprecia la labor de otras especialidades. Esta apreciación encaja en una especie de juego imaginario de reconocimiento/descalificación en donde participan todos los médicos y que se relaciona con una lucha por el prestigio. A decir verdad, el argumento en torno a que la práctica del ortopedista no admite error, porque éste quedaría en la "memoria" del cuerpo, puede aplicarse a cualquier otra especialidad. En efecto, lo mismo pueden argumentar un neurólogo, un oncólogo, un cirujano plástico, un ginecobstetra, etc., respecto a la evolución del paciente.

[128] Al respecto, comenta el neurólogo inglés Henry Marsh: "Me uní a mi residente en el quirófano, y tomé las riendas de la operación. Se trataba de un caso excepcionalmente difícil, y acabé dañando el nervio del lado izquierdo de la cara del paciente al extraer el tumor. Es posible que aquello hubiera ocurrido de todas formas, pues es una 'complicación conocida' en esa clase de intervenciones, pero yo era demasiado consciente de que mi estado de ánimo no había sido el adecuado para llevar a cabo una cirugía tan peligrosa y delicada". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 146.

[129] Fragmento de una entrevista a un cirujano ortopedista.

Otro elemento que enfatiza el testimonio es el dolor del médico como consecuencia de su intervención. La imposibilidad de sanar el cuerpo de los niños, o el perjuicio involuntario causado a los pacientes para salvarles la vida, queda en la memoria del médico en tanto el daño en el cuerpo del paciente está relacionado con la actuación y con su propio cuerpo. La culpa retorna de vez en cuando y lo acompaña por toda la vida. El siguiente relato es de un médico cirujano:

> De los 25 años ejerciendo la medicina, hay hechos que me han marcado. Una vez un médico internista me dijo que tenía un paciente con un problema gástrico. Hay un proceso inflamatorio que quiere decir [...] nada [...] Cuando lo ingreso al quirófano y abro el estómago, veo un tumor cerca de una vena. Realizo un "cepillado" y tomo una biopsia del tumor. El paciente presentaba una hemorragia y se me desangraba; instantes después, me percaté de que el problema no era el tumor sino una vena rota; como el paciente se vaciaba, le coloqué una sonda y traté de detener la hemorragia, pero dadas las condiciones del paciente, finalmente falleció. *Esos días para el médico no sale el sol. La muerte queda como una enseñanza de vida.* La familia me dio las gracias, a sabiendas de que yo no le pude salvar. Tenía una cirrosis que nunca fue diagnosticada. El paciente vomitaba sangre, por la abertura de las venas. Yo me enteré de que era un tumor hasta que inició el sangrado. Trato de hacer de estos casos algo propio y aprender de ellos.[130]

Hoy existen una infinidad de situaciones en donde el médico se ve implicado emocionalmente, por ejemplo, cuando le da "malas noticias" a la familia sobre el estado de su paciente. Uno de los médicos nos recuerda que la profesión está expuesta a toda clase de contingencias:

> En una ocasión, cuando estaba de guardia, llegó un hombre de 30 años muy enfermo. Nunca se supo qué padecía ni las causas de su muerte. Falleció precisamente un 24 de diciembre. El médico adscrito tenía que dar la noticia a la familia. Comunicar que murió un ser querido fue un horrible regalo de navidad. *Las culpas siempre acompañan al médico.*[131]

En enero de 2015 se registró una fuerte explosión en el Hospital Materno/Infantil de la delegación Cuajimalpa. Al Hospital Rubén Leñero llegó uno de los heridos por quemaduras graves en más de 90% de su cuerpo. El paciente resultó

[130] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

[131] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano. Al respecto, comenta el neurocirujano Henry Marsh: "Cuando he tenido que dar malas noticias, nunca sé si lo he hecho bien o no. Los pacientes no van a llamarme para decirme 'Señor Marsh, me ha gustado muchísimo cómo me ha dicho que me iba a morir', y tampoco para soltarme 'señor Marsh, lo ha hecho fatal'. Lo único que puedes esperar es no haber metido demasiado la pata". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 181.

ser un camillero, hijo de una de las trabajadoras del hospital. Al otro día del internamiento, el personal del Leñero (autoridades y médicos) comentaba consternado sobre el incidente y, particularmente, sobre este paciente que muchos conocían, porque la madre lo llevaba de pequeño a un centro de desarrollo infantil que tiempo atrás tenía el hospital. El diagnóstico no era nada halagador y se sabía que sólo se podía esperar hasta que falleciera. Unos días después, autoridades, médicos, enfermeras y personal técnico lo despidieron con un pequeño homenaje. Ese día anotamos lo siguiente:

> La imagen no es común. En la pequeña calzada del Servicio de Urgencias, se arremolina todo el personal del hospital en espera de que salga la carroza fúnebre, que se llevará el cuerpo del camillero que murió esa mañana a causa de las quemaduras, para despedirlo. Uno de los médicos del Rubén Leñero consuela a la familia; éste lleva su bata blanca y porta su estetoscopio en el cuello. Termina llorando y seca sus lágrimas con el dorso de la mano. Llora y al mismo tiempo trata de confortar a la madre abrazándola. La investidura y el llanto me inquietan. La imagen no corresponde a la experiencia, al mito del médico frío y objetivo.
>
> La carroza fúnebre transita del Servicio de Patología hacia la puerta principal de Urgencias; decenas de globos blancos fueron liberados mientras las sirenas de las ambulancias se dejaban escuchar. Subo al primer piso del edificio de la consulta externa y observo la escena desde la ventana; tomo algunas fotos y un corto video. Un médico como de sesenta años de edad, sale de su consultorio y observa silencioso el drama. Sus ojos se humedecen. Comenta que conocía a la víctima desde que era niño porque asistía a la escuela y posteriormente lo atendió como paciente. El dolor del médico se transforma en rabia. Dice que no están presentes las autoridades superiores para despedir al muchacho que, si fuera uno de ellos, entonces hubieran hecho todo un acontecimiento mediático.[132]

El tema de la implicación afectiva del médico con el paciente adquiere también relevancia cuando se trata de la neutralidad valorativa en la atención médica. Obviamente el asunto es complejo e involucra muchas aristas. Una de ellas se relaciona con la posibilidad de que el médico intervenga quirúrgicamente a uno de sus propios familiares, como si se tratara de cualquier otro caso. Aquí encontramos opiniones divididas entre los médicos, aunque la mayoría refiere a que se sentirían más a gusto si sus familiares fueran atendidos por otros colegas que por ellos mismos. El asunto se centra en el aumento de la ansiedad y la posibilidad de cometer un error durante la intervención. Hay que reconocer que el médico cuenta con una concepción de vida firme —más allá de lo equivocado o no que

[132] Notas del Diario de Campo.

esté— derivada de su experiencia con la realidad que enfrenta y que es necesario escuchar. Entender que su actividad no es un simple ejercicio del poder por el poder mismo, que cuando se está cerca del dolor y el sufrimiento, se reflexiona más sobre la vida y se lucha tenazmente por vencer a la muerte.

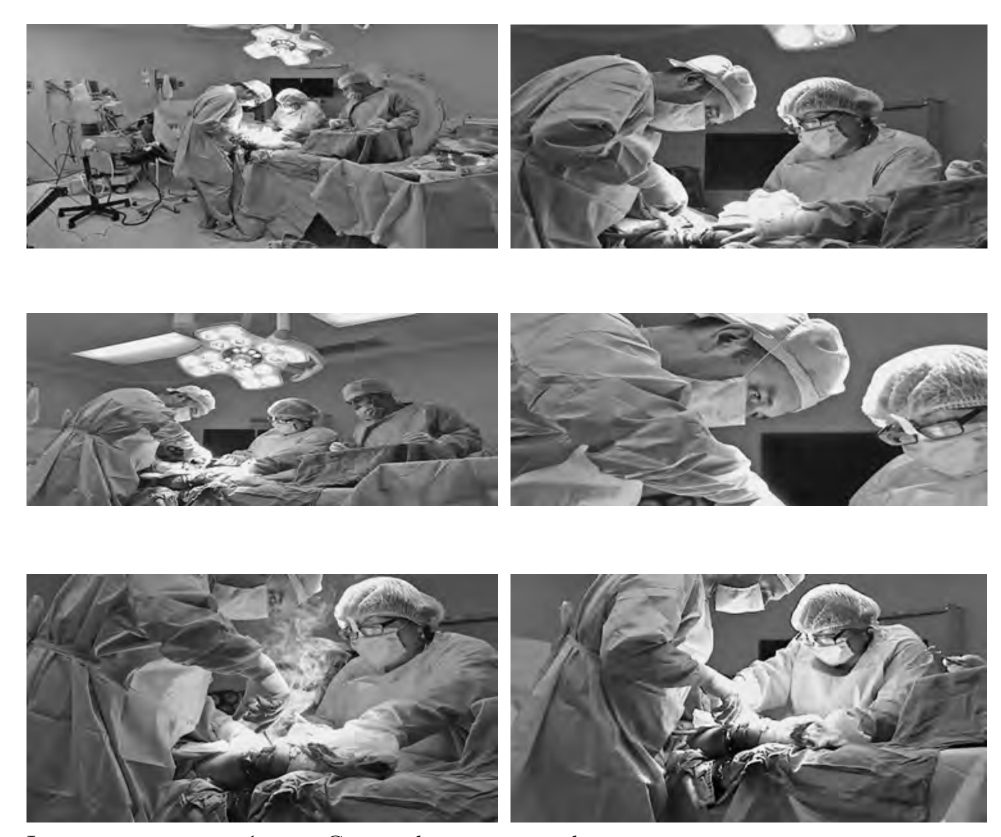
> *Alejamos el dolor por mucho tiempo, lo borramos de la conciencia. Y, no obstante, aunque silencioso, mudo, el sufrimiento no se marcha para siempre, y hay momentos en que sobrepasa todos los límites. Y entonces hace estragos. Destruye en el enfermo la sensación de proximidad humana, de simpatía. El vínculo se rompe. No hay respuesta. Es como si el paciente se encerrara en otro mundo. El peso que tienen que sobrellevar el médico y las enfermeras aumenta a ojos vistas. Las palabras no bastan, no vienen al caso. Cuando detrás de la puerta yace un enfermo a quien no hay mucho que ofrecer, la mano se retrae instintivamente antes de girar el pomo. Sin embargo, siempre queda una cosa: la presencia. La presencia como muestra de simple solidaridad humana. La presencia: el último deber del médico.*
>
> *Catarsis*
> Andrzej Szczeklik

La relación entre el médico y el paciente es también una relación social y afectiva dentro de un contexto institucional específico, en este caso, el de un hospital de salud pública que ingresa a pacientes muy graves y en riesgo de perder la vida. Como decíamos, los médicos no sólo se enfrentan a los padecimientos, sino que viven a la par la presión de los familiares que se encuentran terriblemente acongojados, pero también muy agresivos. La mayor parte de los pacientes que llegan al Hospital Rubén Leñero para ser atendidos no está respaldada por algún servicio estatal de seguridad social, mucho menos cuenta con los recursos para ser admitidos en una institución privada. En ese sentido, la práctica médica es producida en determinadas condiciones sociales e institucionales. El cirujano reconoce que gracias a que existen hospitales de salud pública se puede practicar y aprender mucho mejor la medicina que en los hospitales privados, en donde la familia jamás permitiría que un residente interviniera a su paciente, por más que éste fuera dirigido profesionalmente por un médico responsable.

El médico puede tratar al paciente como un sistema biológico —y ello le salva muchas veces la vida—, pero no deja de percibirlo y distinguirlo socialmente, puesto que sabe que la pobreza, la ignorancia, la automedicación y la recurrencia a remedios caseros complican su ejercicio. A veces se lidia con una frustración personal, cuando los enfermos no responden al tratamiento. En una ocasión a una mujer diabética, amputada por debajo de la rodilla, se le realizó una segunda ampu-

tación (ahora por encima de la rodilla), ya que la herida de la primera intervención se infectó. El cirujano, molesto, afirmaba que la herida se descuidó en Medicina Interna o que los familiares no le proporcionaron los medicamentos prescritos por falta de dinero.[133] El médico especialista no sólo lidia con las lesiones graves, con las enfermedades crónicas y las complicaciones de salud derivadas de la pobreza, sino también con el abandono o el desinterés de la familia.

FOTOGRAFÍA 56



Interacción maestro-alumno. Cirugía de amputación de pierna.

El médico no es ajeno a las emociones que le provoca el paciente; no es lo mismo intervenir a un niño que a un viejo, a un delincuente que a una mujer golpeada. El cuerpo de la persona enferma, lesionada, yacente, nunca pierde del

[133] *Idem*.

todo su condición social, ni siquiera después de morir.[134] La relación que se establece entre el médico y el paciente, orientada por la pauta de acción racional, así como por el conocimiento y los protocolos médicos, muchas veces se ve rebasada cuando se piensa un poco en la persona que sufre. Un cirujano ortopedista comenta que:

> [...] la primera vez que se amputa a una persona, no se sale emocionalmente bien del quirófano. Cuando son adultos se tiene la sensación de decir, "pobre sujeto"; no obstante, es una persona que se tiene que incorporar lo mejor y más cercano que se pueda a una vida útil, pero imagínese amputar a un niño. Yo tuve que amputar tres niños durante mi carrera y las tres veces salí llorando del quirófano porque me sentía muy mal, no por lo que había hecho, sino porque pensaba en el futuro de esos niños.[135]

FOTOGRAFÍA 57



Pasillo de la Unidad de Urgencias.

[134] "Como coordinador, tenía que certificar la muerte de alguna pobre persona que se había desplomado y fallecido en la calle. En esas ocasiones, me encontraba con el cuerpo totalmente vestido sobre una camilla, y tenía que apartar la ropa para ponerle el estetoscopio sobre el corazón. Era una experiencia completamente distinta a la de certificar la muerte de pacientes del hospital, con sus anónimas batas blancas. Tenía la sensación de estar agrediéndolos, y a veces me sentía inclinado a disculparme cuando les desabrochaba la ropa, aunque estuvieran muertos. Es increíble hasta qué punto pueden marcar diferencia unas simples ropas de vestir". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 186.

[135] Fragmento de una entrevista realizada a un funcionario cirujano ortopedista afuera del hospital.

Un médico cirujano general comenta que tiene otros dos hermanos de la misma profesión. Un día le detectaron a su madre un tumor en el vientre, que sin ningún problema se podía extirpar, pero ella decidió no intervenirse. Todos vieron con impotencia cómo moría su madre sin poder hacer nada por ella; señala con cierto pesar que se deben respetar las decisiones de la personas.[136] El médico está convencido de que a los niños se les debe de hablar con la verdad, incluso cuando están en riesgo de morir.[137] Es necesario educar a la familia, porque suele mentir a los pacientes, por ejemplo, a los niños, a quienes les crean fantasías de que les volverá a crecer el miembro amputado. Sobre el tema de la implicación, es interesante lo que el médico holandés Bert Keiser escribe sobre sus sentimientos:

> [...] cuando un cirujano tiene que cortar un pecho a una mujer con cáncer de mama (lo digo a propósito en el plan carnicero), vuelve esa tarde llorando a casa y durante un buen rato no se atreve a sentarse junto a su esposa. Aprende que por algo se llama *amputatio mamae.* Pero, por muy afectado que esté el cirujano, sus emociones apenas si contribuyen a formular una buena pauta para esta clase de operaciones. Tienes que separar la acción de llorar de la de cortar y tengo la impresión de que a los presentes les parece que si formulas algo simpático sobre "cortar", no debes omitir "llorar".[138]

FOTOGRAFÍA 58

Aprender del paciente. Pase de visita.

[136] Notas del Diario de Campo.
[137] *Idem*.
[138] Bert Keiser, *Danzando con la muerte. Memorias de un médico*, Barcelona, Herder, 1994, p.121.

El frío comportamiento de algunos médicos, que evaden el compromiso emocional con el paciente, es una técnica defensiva ante la ansiedad que pudiera surgir si las cosas no salen bien. Obviamente, si hay un lazo familiar o de amistad entre el médico y el paciente, es inevitable la implicación, como lo han demostrado Elliott Jaques e Isabel Menzies en su libro *Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades psicótica y depresiva*;[139] hay una serie de mecanismos como la disociación, la despersonalización, la negación de los sentimientos, la difusión de responsabilidades, los cuales se concretan en prácticas como el sistema de rotación, la uniformización del personal, las formas evasivas de hablar (el pulmón de la cama siete, la pierna del servicio de urgencias, el diabético crónico de medicina interna, el malandrín del reclusorio, etc.),[140] así como los protocolos y las bitácoras instituidas, que garantizan el funcionamiento normativo del hospital, que organiza, tramita y atiende los padecimientos de las personas (e incluso la muerte de éstas). Comenta el jefe del Servicio de Quirófanos que el cirujano se olvida de que el paciente tiene sentimientos y es un ser humano, puesto que llegan al servicio y pregunta: "¿Qué tenemos hoy? ¿Una mama, una mano o una pierna?". Y luego que ven la programación de las cirugías dicen: "Aaah es una patita, traigan el equipo de bloqueo, porque nada más voy a dormir la mitad del cuerpo".[141] Todos estos dispositivos fungen como rituales y técnicas de protección ante la ansiedad que provoca laborar en un lugar donde el dolor y el sufrimiento humano predominan. Es díficil saber a ciencia cierta si estas formas de expresión metonímica, que terminan por empañar la integridad social y sentimental del paciente, obedecen a un sentimiento de desprecio o discriminación hacia éste, o son expresiones involuntarias que forman parte de un mecanismo defensivo, para tomar distancia emocional ante la tragedia humana. Al respecto, el neurocirujano inglés Henry Marsh confiesa:

> El rostro de mi paciente quedaba oculto por amplias tiras de espandrajo que protegían sus ojos y mantenían en su sitio los tubos de anestesia y los cables de monitorización de la musculatura facial. Semejante metamorfosis de persona a objeto

[139] Véase Elliott Jaques e Isabel E.P. Menzies, *Los sistemas sociales como defensa en contra de la ansiedad psicótica y depresiva*, Buenos Aires, Hormé/Paidós, 1969.

[140] "[...] cuando una camarera dice 'El sándwich de jamón quiere la cuenta', no está interesada en la persona como tal sino como cliente, y por ello el uso de esa oración es deshumanizador [...] las metáforas, los conceptos metonímicos estructuran no meramente nuestro lenguaje, sino también nuestros pensamientos, actitudes y acciones. Y, como los conceptos metafóricos, los metonímicos se fundan en nuestra experiencia". George Lakoff y Mark Johnson, *Metáforas de la vida cotidiana,* Madrid, Cátedra (Teorema), 2015, p. 77.

[141] Fragmento de una entrevista al jefe del Servicio de Quirófanos.

> tiene un gesto peculiar en mi estado de ánimo: el miedo se esfuma y se ve remplazado por una feroz y alegre concentración.[142]

En su investigación sobre la muerte en un hospital de salud pública el sociólogo estadounidense David Sudnow señala que "las mujeres se mantienen a menudo dopadas durante los últimos minutos del parto, y un obstetra informó que esto se hace tanto para evitar escenas si surge algún problema, como para evitar el dolor del parto".[143] El ejemplo ilustra que hay infinidad de estrategias institucionales, médicas y de actuación para evitar el compromiso con el paciente que vaya más allá de rol médico/paciente. Las enfermeras y los médicos tienden a desviar la mirada, caminar de prisa y hacer caso omiso ante las quejas de los pacientes que no pertenecen a su servicio. En otros hospitales de gobierno, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es obligatorio que un familiar acompañe día y noche a los pacientes graves; si bien esta regla tiene un guiño humanitario ante la soledad o la lejanía familiar que representa el internamiento, también es cierto que el acompañante realiza muchas de las funciones del personal de enfermería, como alimentarlos, acomodarlos en la cama, trasladarlos al baño, ayudarlos a una ducharse, cambiarlos de ropa, en fin, estar al tanto de su estado de salud e higiene, lo que libera gran parte de la carga de trabajo del personal del hospital. Los familiares intermedian las relaciones de atención entre los médicos y el paciente. En estas circunstancias, los familiares tienen la oportunidad de interactuar con otros familiares y pacientes, ya que en muchas ocasiones los cuartos son colectivos. Durante la noche se comparten quejas y esperanzas, también los fallecimientos. Cuando el paciente entra en crisis, el personal médico corre una cortina para impedir el contacto visual entre los enfermos, no obstante, es imposible evitar lo obvio: las órdenes de los médicos y enfermeras, el sonido de los aparatos y las agonías del cuerpo.[144]

Otros intermediarios son los estudiantes de medicina, de rehabilitación, de tanatología, las congregaciones religiosas o los grupos de voluntarios; estos últimos proporcionan insumos materiales como ropa o revistas, así como ayuda y consejos para los convalecientes:

> Recorremos el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. La trabajadora social nos muestra un aparato que drena los líquidos generados por las lesiones en las extremidades. Está colocado en la mano de un hombre como de setenta años de edad que, trabajando con un martillo, se aplastó el dedo pulgar. Éste, se encuen-

[142] Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 61.

[143] David Sudnow, *La organización social..., op. cit.*, p. 135.

[144] "He observado que las enfermeras mencionan el fallecimiento de algún paciente encontrándose cerca a otro enfermo. A pesar de que no debieran tocarse tales temas en presencia de los

> tra charlando con su familia. En otra cama está un joven de unos 18 años al que lo acaban de operan de una fractura de cráneo, ya que en un pleito fue golpeado con un bate. Casi todo el lado derecho de su cabeza se ve aplastado; el muchacho tiene la mirada perdida. Una monja le ayuda a alimentarse introduciéndole una cuchara con papilla en la boca, le limpia el alimento que escurre y se lo vuelve a introducir pacientemente, como cuando una madre alimenta a su bebé.[145]

El lado opuesto de la empatía probablemente se encuentra entre los pacientes criminales, conocidos en el hospital como *malandros.*[146] Los médicos afirman que no son inmunes a los sentimientos de aversión que les pueden generar determinados delincuentes, pero que respetan el juramento hipocrático. La investigación no tiene la intención de demostrar que, en estos casos, los médicos intervienen de mala manera; todos los lesionados de gravedad ingresan al quirófano y si el personal médico o de enfermería se entera de que el paciente asesinó, atropelló o robó, y alguien se incomoda, se le dice que su papel no es el de juzgarlo —que para eso está la ley—, sino el de curarlo. Cuando se ingresa a un paciente al quirófano, interviene todo un equipo de especialistas que de una manera u otra se vigila entre sí. En muchas ocasiones, si el sujeto proviene de un reclusorio o se encuentra en calidad de detenido por una falta grave, la policía que lo custodia ingresa también al quirófano. No obstante, algunas veces las fantasías "justicieras" surgen cuando el personal médico conoce la ofensa cometida. La atención médica, se insiste, se otorga por igual a todos los que la necesitan, por encima de cualquier sentimiento de animadversión, pero, insistimos, el cirujano, como cualquier otra persona, es susceptible de indignarse ante ciertas situaciones de violencia, abuso, etc., e imaginar alguna forma de reparar el agravio. Comenta un médico cirujano:

> Hay pacientes que son asesinos y hasta tienen cinco custodios vigilándolos; alguno de ellos se viste con el pijama quirúrgico y entra al quirófano con el arma en la cintura. Cuando llegamos a salvarlos, decimos entre nosotros: *le hubiera dado para que de una buena vez se clavara* (muriera), pero en realidad no lo hacemos. Cuando es peligroso procuramos darlo pronto de alta para evitar problemas, pues alguna vez se le disparó el arma a uno de los custodios y nos metió un gran susto.[147]

pacientes, el cuidado que se tiene en asegurar la discreción no es muy grande [...] En las salas más grandes no siempre se hallan corridas las cortinas en torno a las camas durante las rondas matinales, de modo que sobre todo en las salas para hombres, el cadáver queda expuesto para observación de quien quiera". *Ibid.*, p. 65.

[145] Notas del Diario de Campo.

[146] De acuerdo con el *Diccionario de la lengua española*, malandrín viene del italiano malandrino, que es salteador. También la palabra se refiere a una persona ratera, malvada o perversa. Una persona del mal vivir que se comporta falsa o malintencionadamente.

[147] Fragmento de una entrevista a un cirujano general.

Una enfermera del Servicio de Endoscopía comenta que siempre revisa el expediente del recluso para enterarse qué clase de antecedentes criminales tiene; si lo encarcelaron por homicidio o violación guarda los instrumentos punzocortantes, como las tijeras, las agujas o jeringas, puesto que teme que el paciente los use para atacar y tratar de escapar. Lo mismo comentan las enfermeras cuando intervienen a los reclusos o detenidos peligrosos respecto al cuidado de las charolas que contienen el instrumental quirúrgico. Por su parte, antes de cada operación los médicos anestesiólogos interrogan a los pacientes tatuados, los detenidos y los presos que trasladan de los reclusorios, para saber qué tipo de sustancias consumen, con la finalidad de ajustar las dosis de anestesia y que no despierten antes de lo previsto, y es que, de acuerdo al conocimiento y la experiencia médica, los pacientes consumidores de alguna sustancia tóxica son más proclives a resistir la dosis de anestesia normal y nadie quiere que un preso se levante de la cama y cause problemas.

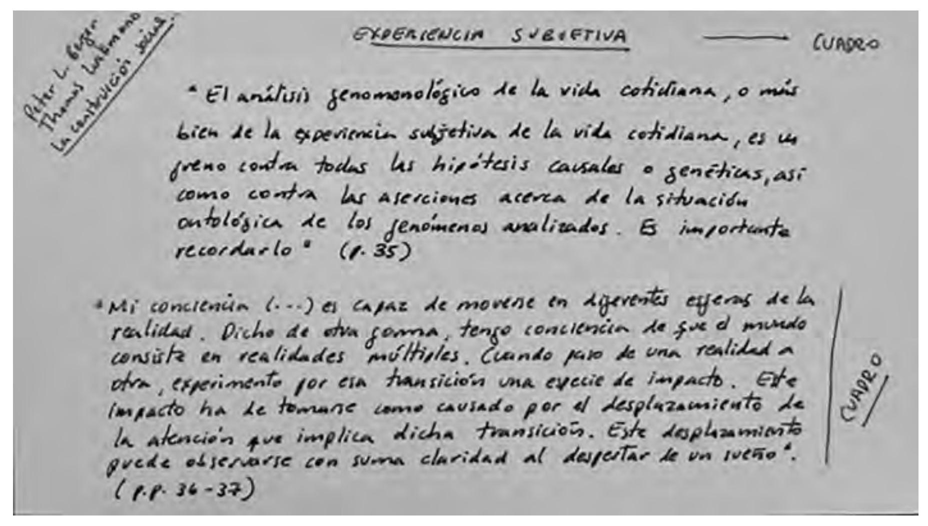
FOTOGRAFÍA 59



Enfermera Mónica González. Servicio de Endoscopía.

Como decíamos, algunos médicos consideran que las personas que vienen de los reclusorios o están tatuadas tienen una capacidad mayor de supervivencia. Los médicos afirman que los malandros tienen mucha resistencia a las enfermedades y lesiones. El término evoca al dicho popular que afirma que *yerba mala nunca muere*. Cuando un médico etiqueta a una persona como malandro, pone en funcionamiento los esquemas de percepción con los que evalúa la vida en general, huelga decir que muchos de ellos tienen una base clasista, que explica las situaciones por las que se atraviesan otros actores (la pobreza, caer en prisión, padecer alguna adicción) como hechos naturales congénitos. Dice una médico cirujano:

FOTOGRAFÍA 60



Peter L. Berger
Thomas Luckmann
La construcción social

EXPERIENCIA SUBJETIVA ——— CUADRO

"El análisis fenomenológico de la vida cotidiana, o más bien de la experiencia subjetiva de la vida cotidiana, es un freno contra todas las hipótesis causales o genéticas, así como contra las aserciones acerca de la situación ontológica de los fenómenos analizados. Es importante recordarlo" (p. 35)

"Mi conciencia (...) es capaz de moverse en diferentes esferas de la realidad. Dicho de otra forma, tengo conciencia de que el mundo consiste en realidades múltiples. Cuando paso de una realidad a otra, experimento por esa transición una especie de impacto. Este impacto ha de tomarse como causado por el desplazamiento de la atención que implica dicha transición. Este desplazamiento puede observarse con suma claridad al despertar de un sueño". (p.p. 36-37)

CUADRO

Ficha de trabajo.

> Algunos maestros afirman que hay pacientes que muestran los signos del malandro: son los que tienen las uñas largas, tatuajes, un aretito en la oreja, la mugre en el ombligo. Esos resisten de todo. Si llega un padre de familia trabajador, bueno, porque lo asaltaron y le dieron un piquete, probablemente ni tiempo tenga para llegar al quirófano: muere porque le atravesaron algún órgano importante. Pero llega un malandro con mil piquetes por todas partes y lo metes al quirófano y vive. ¿Por qué? Porque toda su vida reaccionó al estrés y desarrolló defensas. El hijo de un malandro, un malandrito, anda entre los coches en la calle vendiendo chicles y sobrevive, a diferencia de tu hijo al que inevitablemente aplastarían. El malandro reacciona y resiste de manera diferente que una persona común y corriente.[148]

Sociológicamente es irrelevante comprobar si esto es o no verdad. La creencia existe y forma parte de ciertos casos que resaltan por las condiciones sociales en que se presentan y que irremediablemente afectan al personal del hospital. Claro que los médicos constatan algunos de estos sucesos, como el que revela el testimonio anterior, y ofrecen una explicación médica, por muy básica que parezca. ¿Hasta dónde algunas creencias modifican la práctica médica o incluso se integran a la dinámica instituyente del hospital?, no lo sabemos. El peso de la normatividad y los protocolos institucionales forman parte del marco institucional en el cual todos los médicos insisten, por ser el garante de su práctica. No obstante,

[148] Fragmento de una entrevista a una cirujana general.

como dice Goffman, quien se encuentra en determinada situación se implica más allá de su "fuerza de voluntad". Cada actor forma parte del momento de la interacción, participa y se involucra en ella. La clínica hospitalaria es práctica y establece una serie de relaciones sociales con los pacientes y sus familiares. El siguiente caso es relatado por un médico anestesiólogo:

> En una ocasión llegaron heridos al hospital el asaltante y la víctima; esta última había ido al banco a recoger la nómina para el pago de los trabajadores. Se enteraron los malandrines y lo asaltaron. En el forcejeo el empleado se llevó un disparo en el abdomen y el asaltante otro en la pierna. El primero suplicaba que no lo dejáramos morir porque tenía una niña recién nacida; nos rogaba para que hiciéramos todo lo posible para salvarlo. Lo veíamos pálido, pero en ese momento no muy grave. Por su parte, el malandrín —así les decimos a los tatuados— llegó amenazando a todo el personal médico. Decía que afuera del hospital estaba su banda y que, si le pasaba algo, se desquitarían con todos. Decidimos primero ingresar al quirófano a la víctima del asalto (aunque puede ser peor, ya que el delincuente observa el movimiento del hospital, y se aprende los nombres de los médicos y las enfermeras). Se abrió el abdomen y había una hemorragia. Buscamos la lesión, pero no la encontramos. Todos preguntábamos ¿de dónde proviene el sangrado? Se perdía sangre y la presión sanguínea empezó a bajar. Los medicamentos y los gases anestésicos contribuían a esta disminución. Finalmente, el paciente falleció. No logramos salvar a este hombre que suplicaba que lo ayudáramos para no dejar en la orfandad a su pequeña hija, mientras que el asaltante vivió. El proyectil nunca puso en riesgo su vida ya que entró y salió libre por la pierna, sin afectarla; al contrario, el calor de la bala cauterizó la herida. El sentimiento que se vive en ese momento en el hospital es terrible. Todo el personal médico estaba enojado; molesto con el asaltante, molestos con ellos mismos, molestos por las fatales consecuencias. En ese instante divides la vida entre el bien y el mal, porque ese día había ganado el mal y muerto una persona buena.[149]

Algunos médicos cirujanos comentan que pueden cegarse ante el dolor y sufrimiento del paciente con tal de resolver la situación de gravedad en la que se encuentra y que nadie les enseña a tomar conciencia de las emociones que se desatan; afirman que, durante la residencia, se acostumbra a operar a las personas como si fueran objetos sin importar demasiado cuánto sufren, o si se pone en riesgo su pudor. Dice el neurólogo inglés Henry Marsh que no le gusta "hablar con los pacientes la mañana de la operación"; que prefiere no acordarse "de que son humanos y tienen miedo", y agrega: "[...] no quiero que puedan sospechar que yo

[149] Fragmento de una entrevista a un médico anestesiólogo.

también me siento intranquilo".[150] El médico no escapa a las ligaduras emocionales con el paciente (tampoco con los residentes, enfermeras, etc.) y se apega a los mecanismos institucionales y personales: su seriedad o solemnidad al hablar y conducirse es parte del rol que desempeña ante el paciente y los familiares que, por su parte, observan la seguridad del médico.[151]

La relación médico-paciente no sólo es técnica e instrumental, basada en el conocimiento científico, es también una relación social. El contacto del médico con el paciente es central, porque, como dice el jefe de Servicio de Endoscopía: "transmites la firmeza, la cercanía, la seguridad y la confianza en la manera de tocarlo o revisarlo". Comentábamos que la distancia del personal médico con los pacientes se realiza por medio de los protocolos, las bitácoras, los horarios, las maneras de hablar, los uniformes. Sin duda, todo ello forma parte de los comportamientos institucionalizados que siguen ciertos roles, que facilitan el control institucional de la situación y también el manejo de las emociones y ansiedades.

Cuando se inicia la carrera médica, es factible que se congenie con algún paciente. Afirma un internista que, cuando empezaba su práctica en el hospital, se involucró emocionalmente con un paciente grave de salud al que a toda costa quería sanar (lo atendía con mayor frecuencia, estaba al pendiente de todo lo que necesitaba, se hizo amigo de los familiares y charlaban continuamente), hasta el punto de ser el centro de la crítica del resto de los médicos, quienes lo consideraban ingenuo e inexperto, profesionalmente hablando. El paciente falleció y el dolor se combinó con un fuerte sentimiento de fracaso, que fue motivo de burlas por parte de los compañeros. Recuerda el suceso como un duro aprendizaje sobre las fronteras que se deben establecer en la relación médico-paciente. Hoy reconoce que la estrecha atención con su paciente, era una manera de tranquilizarse a sí mismo; siente que la crítica de los colegas no era del todo injusta.[152]

Sin duda, la superioridad de los médicos proviene de esa condición que Foucault denomina saber/poder; no obstante, suceden una infinidad de situaciones particulares; una de ellas es que la relación del médico con el paciente se topa con

[150] Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 60.

[151] Cuando el personal médico o de enfermería decide ser atendido en el mismo hospital y pasan de ser parte del personal a usuarios del mismo, se admite que la vivencia es totalmente diferente, porque todos se dan cuenta de la situación de vulnerabilidad y fragilidad por la que pasan todos los pacientes: "hasta que lo sientes te das cuenta. Cuando fui R-3 fui paciente en este hospital; estuve en terapia intensiva. Aquí padecí de dolor. Cuando me tuvieron que bañar, una enfermera se preocupó por cubrirme, para no exponerme desnuda durante el pase de visita. No sé si fue considerada, porque yo era residente del hospital o porque lo hacía con todos los pacientes, pero provocó que me diera cuenta que, como paciente, se sufre y se siente". Fragmento de una entrevista a una médico cirujano.

[152] Notas del Diario de Campo.

la impotencia del primero en su lucha en contra de las enfermedades, el dolor y la muerte. También por la inconsciencia o terquedad de algunos pacientes y familiares, que no siempre siguen las indicaciones médicas. La frialdad que los médicos muestran al trabajar y atender a los enfermos tal vez sea el otro rostro de la angustia de tener la vida de éstos entre sus manos y saber que algunos de ellos no sanarán.[153]

Cuerpos policiacos, paramédicos y rescatistas

La Cruz Roja sólo recoge a las personas accidentadas de Polanco, de Las Lomas de Chapultepec, aquellos que van bien vestidos, porque busca publicidad. A los borrachos, los vagabundos y los mugrosos los trae el ERUM *(Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas) al Rubén Leñero.*

Médico internista

Como es natural, en el hospital se observan personas con vendajes, férulas, parches; personas de lento andar, ayudadas por muletas y bastones, que se dirigen a los consultorios. Mujeres obesas, de respirar agitado, que suben trabajosamente las escaleras; ancianos adormecidos que circulan en camillas o sillas de ruedas. En el ir y venir de personas dentro del hospital destacan los hombres y las mujeres de blanco que caminan apresuradamente por los pasillos, hablan por teléfono, charlan entre ellos. Al Servicio de Urgencias se ingresa a través de un portón por donde las ambulancias y los autos particulares entran con las personas lesionadas o enfermas. Destacan dos salas con camas y un espacio para cirugía ambulatoria, denominadas *el quirofanito.* En esta zona de servicio ambulatorio del hospital es común encontrarse con personas fracturadas, lesionadas (quemadas, cortadas, golpeadas) no graves que esperan ser atendidas. También es frecuente observar policías de distintas corporaciones. Hay policía bancaria y comercial (que es la que custodia el hospital); la policía auxiliar y la policía médica de la Ciudad

[153] "En una ocasión llegó una muchacha de 17 años para que le extirpáramos un lunar de la cabeza. Le explicaron en qué consistía la cirugía y las indicaciones como estricto ayuno de alimentos y bebidas, al parecer entendió todo. Cuando la visité había tomado agua. Es mi responsabilidad decirle las complicaciones: ¿te explicaron que una vez dormida, el agua puede pasarse a los pulmones y te puedes ahogar? Se puso a llorar. No sé si fue adecuada la forma de expresarlo. Tal vez no me di a entender. Tal vez era la edad del paciente o su condición cultural, no lo sé". Fragmento de una entrevista con el jefe de Quirófanos.

de México, la policía federal; los custodios de la Subsecretaría de Sistemas Penales de la Ciudad de México; la policía ministerial. Cada una de estas policías cumple una función de vigilancia y custodia. La presencia de las policías en el hospital permite inferir la condición legal de las personas que llegan para ser atendidas y que generan o han sido afectadas por algún tipo de violencia. Es común ver a hombres y mujeres vestidos con el uniforme del penal (*beige*, si están siendo procesados, y color azul, si ya fueron sentenciados), esposados de pies y manos, que caminan con pasos cortos, bajo el tintinear de las cadenas, acompañados por guardias armados. Cuando el paciente se encuentra involucrado en un hecho de violencia y se presume cierta responsabilidad, se considera peligroso o se sospecha que quiere escapar, la vigilancia es permanente, de tal suerte que el policía literalmente no se le despega, e incluso es posible que entre armado en el Servicio de Urgencias, al Área de Quirófanos o que permanezca en el Área de Hospitalización.

FOTOGRAFÍA 61



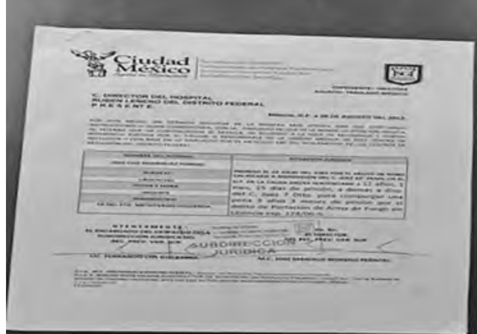
Policía custodiando a detenido en la Unidad de Urgencias.

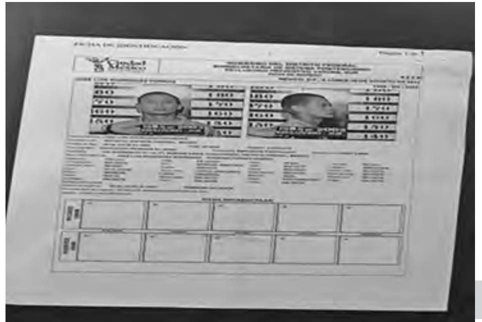
En el Servicio de Consulta Externa, flanqueado por dos custodios, un recluso espera entrar a uno de los consultorios. De repente, de entre las personas que se encuentran esperando para ser atendidas, se escucha que le gritan a uno de los custodios: "hola, jefe, ahora estoy de este lado, porque hace semanas que me dejaron libre"; es un ex recluso que intercambia saludos con uno de los custodios. En el

universo penitenciario, custodios e internos se conocen, pues la convivencia diaria crea lazos de familiaridad entre algunos de ellos. Comenta uno de los custodios: “Los ves salir libres un día, y regresar poco después”.[154] En el hospital se reencuentran y saludan de vez en cuando.[155]

FOTOGRAFÍA 62


Ciudad México
32414


Ciudad México


Ciudad México


Ciudad México

Expediente de recluso.

Los traslados de presos de los penales al hospital son delicados; por cuestiones de seguridad (evitar rescates, fugas) a la familia no se le avisa del momento del desplazamiento, ni a qué hospital se le llevará:

[154] Notas del Diario de Campo.

[155] La “familiaridad” es consecuencia de las relaciones de convivencia que también se observan en las salas del hospital en donde los pacientes se comunican mientras se recuperan. Tienden, en palabras de Goffman, a colonizar. La familiaridad también aparece en la relación médico-paciente, principalmente cuando se prolongan las consultas debido al seguimiento de las lesiones, como sucede en el Servicio de Ortopedia.

Caminamos por el interior del hospital. Dos custodios están sentados, a un lado de la sala de urgencias, junto a la jefatura del servicio. Trabajan en el reclusorio norte. Charlamos sobre los presos que son trasladados al hospital por lesiones o enfermedad. Me dice "jefe", mientras que se refiere a los reclusos como jóvenes que "se portan mal" y son "traviesos". Los presos que custodian son de "alto impacto", es decir, muy peligrosos. Cuenta que cuando las familias de los presos los visitan en la cárcel, muchas tratan de ingresar droga para su consumo y venta. Los niños, cuando pasan cerca de ellos, los patean e insultan. Los retan: dicen tener mejores armas en casa y que, cuando sean mayores los matarán, por encerrar a sus padres.

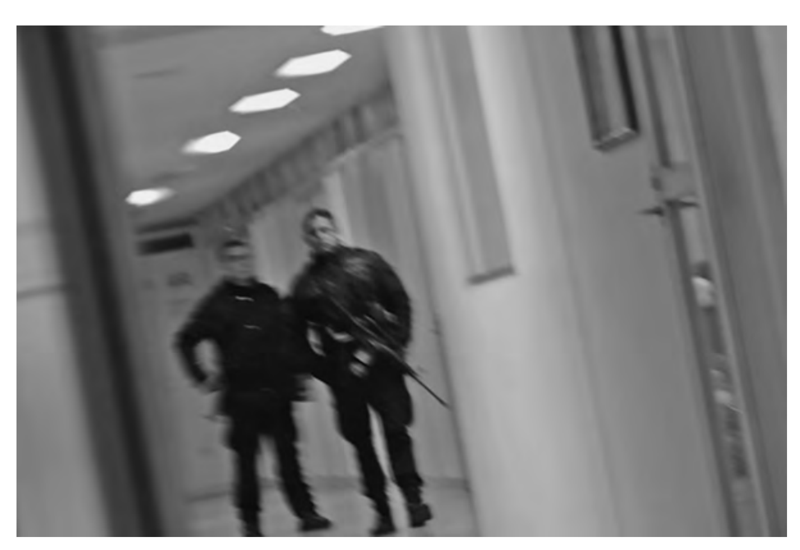
—¿Si el interno corriera y tratara de escapar? —pregunto. El custodio se desabrocha el chaleco.

—¿Sabes para qué es el arma de cargo?— y él mismo responde: para disparar.

—¿Le dispararías?

—Sí, porque si se fuga mis superiores dirán que lo dejé escapar por dinero, me encarcelarán y condenarán por ello. Mientras que, si lo mato, aunque llegue a la prisión, tengo oportunidad de salir, porque estoy cumpliendo con mi trabajo.[156]

FOTOGRAFÍA 63



Una toma furtiva: custodios armados.

Cuando se platica con policías auxiliares de la Ciudad de México es común que refieran a las pésimas condiciones laborales, los prolongados tiempos del relevo, la falta de alimentos y los riesgos que corren cuando son expuestos a los "opera-

[156] Notas del Diario de Campo.

tivos". Un policía auxiliar, con 19 años de experiencia, custodia a una persona con fractura de mandíbula por recibir un balazo durante un pleito familiar en el que resultó muerta una persona. Los familiares del fallecido se quieren vengar y se dice que rondan el hospital. El paciente se encuentra en calidad de detenido, y afirma que su sobrino era un malandrín y quiso asaltarlo porque sabía que él tenía dinero de un pago reciente; forcejearon, le quitó el arma y lo mató. El policía se encuentra parado sobre el pasillo del Servicio de Cirugía General y comenta que está desde las seis de la mañana vigilando al paciente, y son las siete de la noche y no llega el relevo (bromea que por eso carga el cepillo de dientes). No puede salir a comer o ir al baño; está obligado a esperar y permanecer despierto, aunque la guardia de relevo no llegue; el hospital tampoco le brinda comida o café. Si el detenido escapa, la responsabilidad es de él, porque nadie le creerá que se quedó dormido. "Recuerda que un día estaba tan cansado que se quedó dormido recargado en la escopeta de cargo, pero que afortunadamente despertó antes de caerse y tirar el arma".[157] La siguiente descripción extraída del cuaderno de notas ilustra parte del ambiente de seguridad que se observa en el interior del hospital:

> En la sala de espera de Consulta Externa del Servicio de Ortopedia, hay un baño para los usuarios. Un custodio con una escopeta acompaña a un interno encadenado que ingresa y cierra la puerta; después de unos segundos el guardia reacciona (puesto que el recluso puede escapar por alguna de las ventanas) y abre la puerta intempestivamente para apostarse a un lado del cuarto del excusado, mientras aquél hacía sus necesidades. Los custodios visten de negro, son como las sombras de los reclusos, adonde sea que va uno, le sigue el otro.[158]

El paciente tiene cierta condición institucional, jurídica, legal, social, que se infiere por el tipo de custodia policial, por la clase de servicio de emergencias que lo atiende y traslada, por el hospital al que llega. Este tipo de paciente es habitual en los pasillos del Rubén Leñero; como decíamos, el personal médico lo denomina *malandro*, palabra peyorativa que deriva de maleante o malicioso. Su "fachada" presenta las carencias que se viven en algunos barrios o dentro de los centros de reclusión; habla el lenguaje del barrio o el caló de las cárceles, su cuerpo está curtido de cicatrices, generalmente tiene tatuajes religiosos (diablos, vírgenes, calaveras, crucifijos, rostros de Cristo), mueve los brazos al frente, flexiona los dedos, se contonea al caminar, mira con sorna y desafío, en suma, su *hexis* corporal muestra que *tiene barrio*:

[157] *Idem*.
[158] *Idem*.

> Visitando Urgencias por la mañana encontramos un recluso, de esos que llaman *malandros* en el hospital, no presenta signos visibles de alguna lesión. Traía un pantalón caqui raído, camiseta blanca de tirantes percudida, calzaba unas chanclas desgastadas, su piel se muestra asoleada, deshidratada como la de un indigente. Sus movimientos son torpes ya que se haya encadenado de pies y manos. Muestra una sonrisa burlona y una actitud entusiasta y desafiante. Según cuentan algunos custodios, para los prisioneros salir del reclusorio es como una fiesta, después de estar por un largo tiempo encerrados, el traslado al hospital es una bocanada de libertad. Las personas que están alrededor del recluso se muestran desconfiadas, se alejan poco a poco, muestran muecas de asco y miedo. El prisionero, curioso, indaga con su mirada los alrededores, todos los demás bajan las miradas. El policía que lo acompaña lo nota inquieto, le dice: "Ya cabrón, no vayas a hacer una chingadera". El malandro sigue sonriendo.[159]

La presencia de prisioneros no pasa desapercibida por los pacientes ni tampoco por el personal médico y técnico, quienes no escatiman en precauciones cuando llegan al hospital para ser atendidos:

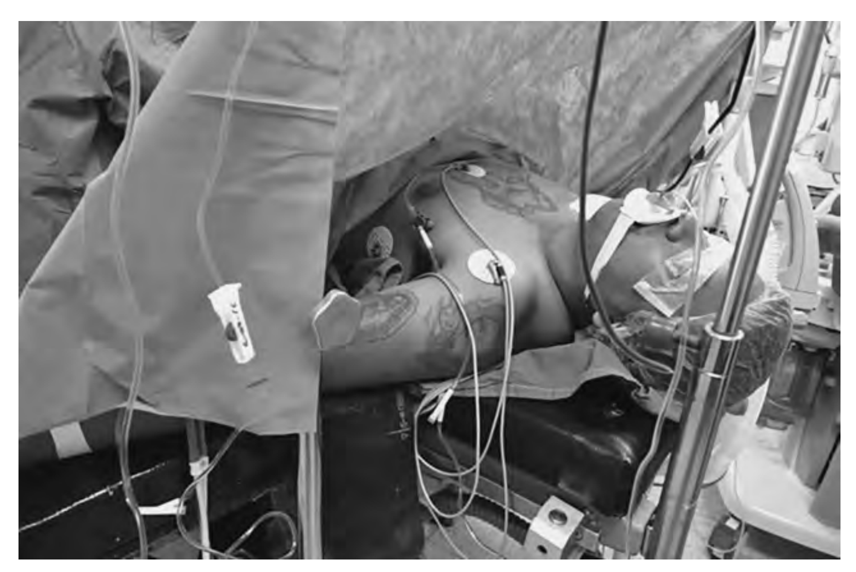
> En una ocasión llegó un denominado *malandro* herido de una puñalada como consecuencia de un pleito en un *punto rojo* (lugar donde se vende droga). Seguimos la camilla que lo trasladaba hasta el quirófano; en la entrada al mismo, el jefe de dicho servicio le solicitó al policía que lo custodiaba que se vistiera con un pijama quirúrgico para ingresar a la operación. Una vez anestesiado los médicos entraron en acción; lo curioso fue que el policía no abandonó en ningún momento su posición marcial ni le quitó la mirada de encima al paciente. Bajo la tela azul del pijama quirúrgico resaltaba su arma de cargo; de vez en cuando la acariciaba, lista para cualquier contingencia.[160]

Decíamos que el llamado *malandro* tiene un lugar dentro del imaginario del hospital, especialmente entre los cirujanos, quienes le atribuyen una mayor resistencia física a diferencia de los enfermos comunes. Otra veta de ese imaginario son las creencias mágicas (curiosas viniendo de científicos profesionales), que algunos miembros del personal médico atribuyen tanto a las creencias de estos pacientes como a las imágenes que las condensan, como los tatuajes de la Santísima Muerte, La Virgen de Guadalupe o los Divinos rostros (marca común de las prisiones):

[159] *Idem*.
[160] *Idem*.

En una oportunidad un *malandro* es intervenido quirúrgicamente; el anestesiólogo observa en su pecho un tatuaje de la Santa Muerte, en uno de los brazos la Virgen de Guadalupe y en el otro brazo un demonio. Repentinamente exclama: "este cabrón ya se puede morir tranquilo porque con todos esos santos ya tiene asegurado adonde llegar" (aludiendo a lo celestial e infernal). El comentario provocó una serie de sonrisas entre los médicos.[161]

FOTOGRAFÍA 64



Malandro.

Los custodios son constantemente increpados por los reclusos, que intentan intimidarlos para que los liberen. Un custodio comenta en tono de broma: "Me dicen que cuánto dinero quiero, pero luego es peor porque ni cumplen". Los cuerpos de seguridad reconocen que su rango de acción es limitado, si disparan y hieren al detenido: "Me chingan y voy pa'dentro con él y sus compas". Los cuerpos de custodia *sufren las comisiones* (custodiar al recluso), pasan frío, hambre, falta de sueño, no pueden descuidar ni un momento a los detenidos y reclusos. Las fugas, aunque contadas, se han presentado, como lo ilustran las notas periodísticas.

Respecto a los grupos de rescate, decíamos con anterioridad que las personas que cuentan con algún seguro privado o por parte del Estado no tienen mayor problema. Cuando no se tiene seguro de gastos médicos, las personas son atendidas por instituciones como la Cruz Roja Mexicana, los servicios médicos de la

[161] *Idem*.

policía o el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM). Las enfermeras del Servicio de Urgencias señalan que la Cruz Roja selecciona a los pacientes que atiende por su condición social y económica. Si los paramédicos llegan a recoger a un vagabundo, a un adicto, a una persona sucia y maloliente, que consideran que no aportará dinero a la institución, la traslada al Rubén Leñero.

FOTOGRAFÍA 65



Pasillo de la Unidad de Urgencias.

Los servicios de rescate de la ciudad y de zonas circundantes como ERUM, Cruz Roja y servicios particulares son coordinados por una central que mediante radio canaliza la ambulancia al hospital más cercano con la especialidad y el servicio que requiera el paciente; por ejemplo, heridas de quemadura, lesiones por arma blanca, paro cardiaco, etc. Este *Triage* se lleva a cabo desde la central de cuerpos de emergencia dependiente de la Secretaria de Salud (Sedesa) local y tiene la finalidad de evitar traslados innecesarios. El sistema tiene sus fallas, comenta un cirujano ortopedista, pero es lo que hay. Sabemos que las formas de autodistinción y, por ende, de diferenciación entre los cuerpos de rescate son recursos discursivos para definir la identidad grupal, institucional o de rol. Los servicios de rescate y emergencias hacen claras diferencias a la hora de prestar atención a las personas enfermas o lesionadas, dejando ver nuevamente que el problema de la salud y la enfermedad está mediado por las condiciones socioeconómicas y culturales de la población.

FOTOGRAFÍA 66



Quirófano y arma de cargo.

FOTOGRAFÍA 67



La Cruz Roja deja a vagabundo en el Leñero.

Capítulo 3
La carrera del residente médico: formando el carácter

Verdad es que todas [las] prácticas [que] suelen ser presentadas como ordalías [están] destinadas a poner a prueba el valor del neófito y dictaminar si es digno de ser admitido en la sociedad religiosa. Pero en realidad, la función probatoria del rito no es más que otro aspecto de su eficacia. Porque lo que prueba la manera en que se somete a él, es precisamente que ha surtido efecto, o sea que ha conferido las cualidades que son su primera razón de ser.

Las formas elementales de la vida religiosa
Émile Durkheim

El ingreso al hospital

La enseñanza dentro del Rubén Leñero puede observarse prácticamente en todas las áreas del hospital, aunque no de la misma manera. Las diversas instituciones educativas de medicina y enfermería pueden solicitar el apoyo al hospital para la impartición de alguna materia por parte del personal médico, y de esta manera cubrir sus planes de estudio; por eso es común observar que estudiantes de universidades como la Justo Sierra, la del Valle de México, la Escuela de Medicina Tominaga Takamoto o la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN) toman clases y caminan por los diversos espacios de la institución. Las cátedras se imparten principalmente en las aulas del Centro de Enseñanza del Hospital, pero también es usual que se den en el interior de los servicios médicos (patología, endoscopía, quirófanos, cirugía general, urgencias),

en las salas de espera, alrededor de las camas de los enfermos hospitalizados, o en pequeñas áreas donde se realiza el trabajo administrativo:

> El doctor Jorge Fuentes de la Mata me hace una seña para que ingrese al salón de clases. Me siento casi a la entrada en una pared lateral. Clase sobre artritis séptica. Hay 21 alumnos de blanco, camisa y corbata de color; resaltan los escudos bordados de las diversas escuelas. Alguno extrae discretamente una galleta de su bolsa para darle una mordida; en un pupitre se observa una botellita de yakult. El doctor es un hombre como de 65 años de edad, de pelo corto y barba blanca bien recortada. Delgado, como de 1.78 metros de estatura. Porta una usada bata blanca con el escudo de la Secretaría de Salud en el bolsillo superior izquierdo —que contiene bolígrafos de colores—, encima de su ropa de civil. La bata está abierta —lo que le da un aire de informalidad, pero también de confianza— y, abajo, en el bolsillo lateral se ve enroscado su estetoscopio. Camina desgarbado, casi arrastrando los pies y un poco inclinado hacia adelante, debido a la edad. Combina su sonrisa con momentos de gran seriedad, principalmente cuando se queda inmóvil y fija los ojos —enmarcados por gruesos cristales— en su interlocutor, para luego sonreír, como diciendo que no está de acuerdo del todo. La clase se desarrolla a través de preguntas sobre las causales de la enfermedad, cómo se reconoce ésta, cuántos tipos existen, cuáles son los tratamientos. Expone varios ejemplos de intervenciones erróneas. Su asistente le lleva una taza de café que sorbe de vez en cuando mientras imparte cátedra. Se pasea a lo largo del pizarrón, así como entre los espacios que hay entre los pupitres de todo el salón de clases; se escucha el deslizar de sus suelas sobre el piso. Al principio, algunos alumnos hablan en voz baja o consultan su teléfono, cuestión que no parece importarle demasiado al profesor. Una alumna llega media hora tarde y se sienta al frente; apunta muy seria lo que está en el pizarrón y responde a todas las preguntas de forma atinada y sin mirar a los ojos del doctor. La atención es total después de unos minutos. El doctor recurre a algunos dichos para burlarse un poco de las respuestas, por ejemplo, ante una respuesta precipitada comenta: "Usted es como Pancho Villa, primero mátenlo y después escúpanle". O cuando insiste en que antes de recetar medicamentos se requiere un diagnóstico preciso (como una punción articular): "Para que usted diga que la burra es parda, debe de tener los pelos en la mano". El pizarrón es central en su enseñanza: ordena ideas, coloca cuadros sintomáticos, tipos de tratamiento, conductas terapéuticas, tiempos evolutivos, hasta exponer algunos casos que ameritan cirugía.[162]

Es común observar que el jefe de algún servicio —como Patología, Endoscopía, Quirófanos— esté impartiendo cátedra dentro de su propio servicio, con el fin de mostrar a los alumnos parte del trabajo que cotidianamente se lleva a

[162] Notas del Diario de Campo.

cabo en el hospital. Así, las enfermeras responsables enseñan a sus estudiantes cómo se cambia un equipo, se limpia el cuerpo de un paciente en estado de coma o se mortaja un cadáver.



FOTOGRAFÍA 68



Lesionado por riña.

La enseñanza y el aprendizaje son continuos: cuando se realiza una curación, se introduce un catéter, se registran los signos vitales, se coloca una férula, se sutura una herida, se estabiliza a un hipertenso, se baña a un quemado, se intuba a un traumatizado, se mete el endoscopio. Los residentes aprenden las técnicas quirúrgicas; las lecciones de anatomía, fisiología, etc. y de los libros extraen diversos tópicos que exponen a los médicos. La intervención práctica con los pacientes es básica, ya que orienta y reafirma el aprendizaje teórico. El proceso de enseñanza y aprendizaje está mediado por la organización y la dinámica del hospital. El conocimiento del expediente, el pase de visita, así como el sistema de guardias y rotaciones son centrales. El residente tiene la obligación de conocer el expediente de cada paciente de su área y, durante el pase de visita, exponer su situación y responder a las preguntas que hagan los médicos de grado mayor. Las rotaciones y las guardias, tienen la finalidad de dar seguimiento a la evolución de los hospitalizados y, se dice, contribuyen a fortalecer el carácter del cirujano, que debe ser capaz de intervenir a cualquier hora que se le exija.[163]

[163] "Era la época en la que el gobierno empezaba a reducir las largas jornadas de los internos residentes, porque se decía que los médicos estaban cansados y trabajaban demasiado, y que con ello se ponía en peligro la vida de los pacientes. Sin embargo, ahora que dormían más por las

Fotografía 69



Pasillo de la Unidad de Urgencias.

La disciplina educativa —que necesariamente pasa por el cuerpo— tiene una razón instrumental que se legitima por la utilidad, el orden y la asertividad; esta razón positiva se desplaza hasta el paciente, que es configurado como un objeto al que se prepara, se le transforma para ser intervenido; ejemplos de ello son el corte de cabello o el afeitado del cuerpo en los hospitales, que puede justificarse con base en la higiene; no obstante, coloca al internado en una condición de objeto, al degradar su aspecto social y simbólico. Considera el neurocirujano Henry Marsh que:

> No hay pruebas científicas de que los afeitados integrales que llevábamos a cabo en el pasado —y que hacían parecer presos a los pobres pacientes— tengan efecto alguno en el porcentaje de infecciones. Ése era el pretexto para afeitarlos, pero sospecho que el motivo real, aunque sin duda inconsciente, era que se trataba de una forma de deshumanizar al paciente, y eso hacía que al cirujano le resultara más fácil operarlo.[164]

noches, en lugar de volverse más seguros y eficaces, los internos cada vez parecían más descontentos e informales. En mi opinión, eso pasaba porque ahora trabajaban por turnos y porque, de hecho, al impedirles vivir aquellas largas jornadas de trabajo, los habían privado de la sensación de formar parte de algo verdaderamente importante". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño*, Barcelona, Salamandra, 2016, pp. 31-32.

[164] *Ibid.*, p. 41.

Lo mismo podemos afirmar del uso de la bata corta y abierta para los pacientes hospitalizados. Cuando los pacientes van al sanitario, caminan en los pasillos, son aseados o se sientan sobre las camas, su cuerpo semidesnudo está expuesto a las miradas del personal, así como de familiares y desconocidos. Si bien es cierto que una bata abierta facilita la intervención del médico sobre el cuerpo del enfermo, la prenda se confeccionó sin considerar el pudor y la vergüenza que pudiera provocarle al mismo. Sin duda podría hacerse un estudio más amplio sobre la relación de los médicos con los pacientes con base en las variadas formas que adquiere el control sobre el cuerpo yacente, en aras del procedimiento médico.

Decíamos que las guardias —necesarias para dar continuidad al tratamiento y evolución de los pacientes— reducen el tiempo de descanso de los residentes, por lo que se prestan fácilmente para ser utilizadas como un mecanismo de disciplina y control para cambiar su conducta.

Las prácticas médicas no son neutras, por la sencilla razón de que se encuentran en un medio institucional jerarquizado e inmerso dentro de cierto contexto social. Las diferencias de rol, las jerarquías entre los médicos, las competencias técnicas y los conflictos se traducen en formas de control y dominación que no son claramente visibles, precisamente porque se encuentran institucionalizadas, normadas y organizadas a través de rituales de interacción, protocolos de actuación, actitudes y gestos, que son parte de un mundo "natural", propio de quien vive estudiando, durmiendo y trabajando en un hospital.

> *El truco para tratar la jerarquía de la credibilidad es simple: dudar de todo lo que nos diga quien está en el poder. Las instituciones siempre muestran su cara más atractiva al público. Quienes las dirigen, al ser responsables por sus actividades y reputaciones, siempre mienten un poco: suavizan las asperezas, ocultan problemas e incluso los niegan. Lo que dicen puede ser cierto, pero la organización social les da motivos para mentir. Un miembro bien adaptado de la sociedad podrá creerles, pero un científico bien adaptado deberá sospechar lo peor y tratar de encontrarlo.*
>
> *Trucos de oficio*
> Howard Becker

Cada institución establece un tipo de organización y formas de relacionarse de acuerdo al rol, así como a la función social y técnica asignada, que a su vez adquiere su manifestación más visible en la distinción en el trato, es decir, en las relaciones de poder; la institución es un campo de fuerzas en donde confluyen visiones distintas de los grupos que la constituyen. La comparación entre un campo de

concentración militarizado, un asilo de ancianos, un convento de monjas, un internado escolar o un hospital psiquiátrico puede realizarse hasta ciertos límites formales y abstractos; la situación específica que cada institución tiene provoca que el encierro se habite y sea experimentado de manera diferente por los diversos agentes institucionales. Los internos de un asilo de ancianos pueden ser controlados a través del silencio; los prisioneros de un campo de concentración, a través del hambre y la sed, y los residentes de un hospital, por el tiempo que se les da para dormir. Al respecto, es ilustrativo lo que comenta el sociólogo Roger Bastide:

> El dormir está considerado, entre nosotros, como un inicial simulacro de muerte, es decir, como una experiencia de la reducción de la nada. Por cierto, que no llegamos a definirlo como no/vida, puesto que terminamos por despertarnos, pero en todo caso lo consideramos como debilitamiento de la vida, pausa de nuestros sentidos y nuestra actividad motriz, disminución de la circulación y la respiración. Y los sueños que lo agitan son vistos por nosotros cual si fuesen parásitos de casi/nada. Los primitivos, por el contrario, consideran al dormir como una más/vida, porque es en él cuando los sueños ocurren, y los sueños son el camino que nos sirve de acceso a una supra/realidad.[165]

FOTOGRAFÍA 70

Despertando al paciente bajo la banca.

La cita es interesante, porque el desarrollo del pensamiento racional conduce a ver al hombre como alguien productivo. *El dormir es un bien codiciado y las horas de sueño son el equivalente general del intercambio entre los residentes.* Parte de los

[165] Roger Bastide, *El sueño, el trance y la locura*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992, pp. 48-49.

mecanismos de control y dominación dentro de un hospital la constituye el manejo de las horas de descanso. Cada situación presenta sus propias peculiaridades de interacción y ejercicio del poder, como veremos más adelante. Los mecanismos de control en el interior del hospital perviven de forma latente y manifiesta de las maneras más variadas, por eso, más que actuar al unísono, son activadas de acuerdo con los escenarios que presenta la dinámica institucional, como lo ilustran los ensayos de Goffman en torno a las instituciones totales y los efectos mortificantes que provocan en los internos en cada contexto institucional.

La definición de Goffman sobre las instituciones totales supone el cautiverio obligado de un grupo de personas que, bajo la dirección de un programa, realiza actividades colectivas, como trabajar, jugar o dormir; además, exigen una absoluta adhesión de sus integrantes, lo que conduce a la disolución de la vida social, privada e íntima. Los presos en el cautiverio forzado no son dueños de su "economía personal" (tiempos y movimientos corporales) ni son capaces de predecir o manejar por completo el entorno en donde viven; por eso, el encierro desbarata la personalidad, lo que significa que sufre transformaciones tanto en su condición social como en su identidad del rol, lo que obviamente afecta a sus emociones. Los internos viven en constante zozobra porque los recursos de socialidad con los que cuentan sirven de poco para manejar la nueva situación de agobio. Goffman le llama a este estado de incertidumbre efecto *looping*.[166] La pérdida del control de la vida íntima es dolorosa, porque el tiempo dedicado a dormir, a bañarse, a comer, etc., no está ya más en manos de los internos, a quienes se expone y exhibe a través de variadas formas.

En el hospital —a diferencia de una prisión o campo de concentración— no se confronta a los internos a muerte, pero el sufrimiento está presente, y la muerte también, aunque de otra manera. Los residentes están expuestos a ritmos de trabajo fuertes, que son fuente de ansiedades intensas, por ejemplo, cuando tienen que practicar en el quirófano alguna técnica quirúrgica que no dominan. Paralelamente, entre los residentes hay fuertes motivaciones relacionadas con el éxito y el prestigio al que se puede acceder en un corto tiempo, lo que sin duda figura

[166] El efecto *looping* es "un estímulo que origina una reacción defensiva por parte del interno, toma esa misma reacción como objetivo de su próximo ataque. El individuo comprueba que su respuesta defensiva falla en la nueva situación: no puede ya defenderse en la forma de costumbre, poniendo cierta distancia entre la situación mortificante y su yo [...] En la sociedad civil, cuando un individuo tiene que aceptar circunstancias y órdenes que ultrajan su concepción del yo, se le concede un margen de expresión reactiva para salvar las apariencias: gestos de mal humor, omisión de las manifestaciones de respeto habituales, maldiciones entre dientes, o expresiones aisladas de despecho, ironía y sarcasmo". Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992, p. 46.

como un aliciente para soportar el exceso de trabajo y las prácticas abusivas. El hospital es un lugar en donde se organiza la práctica médica; que contiene las enfermedades y da seguimiento a su evolución; que administra la salud y la muerte sobre la base de los servicios especializados que brinda. Durante el curso de su convalecencia, el usuario-paciente del hospital puede recorrer varios servicios hasta su externamiento y rehabilitación, o, en su defecto, salir con un certificado de defunción. Por eso es que el hospital labora sobre la base de una serie de normas y protocolos de actuación que se ven inevitablemente impregnados por los vínculos de amistad, indiferencia o animadversión entre los actores institucionales; también porque hay una variedad de actividades informales que modifican la dinámica ideal/típica de un hospital general de urgencias médicas.

FOTOGRAFÍA 71



Pasillo de la Unidad de Urgencias.

El campo institucional tiene un fundamento normativo, organizacional, que se plasma en las leyes, manuales de funciones, organigramas y protocolos de actuación. Esta dimensión jurídica, relativa a las funciones positivas de la institución, se entrelaza con una variedad de prácticas emergentes que le otorgan determinada especificidad al cumplimiento de las normas. De igual forma, los espacios, los objetos, los discursos, se adaptan a las necesidades. Ninguna institución trabaja únicamente bajo el fundamento jurídico; tampoco los roles y las funciones asignados por el organigrama se cumplen cabalmente. La institución es un campo de fuerzas y de intereses encontrados. Su dinámica es imposible de entender sin el intercambio de favores, sin conflictos o alianzas. En cada situación particular interviene una infinidad de variables; de ahí la importancia de resaltar ciertos

momentos críticos, instituyentes, puesto que éstos fungen como analizadores sociológicos de la situación. La complejidad de las relaciones entre los servicios que brinda el hospital y entre los distintos agentes que componen el campo institucional (médico-paciente, adscrito-residente, autoridad-sindicato, médico-familiares, médico-enfermera) revelan múltiples problemas; algunos de ellos se dirimen a través de comités, juntas, peticiones administrativas, favores personales o decisiones por parte de la autoridad. Toda dinámica institucional contiene un sistema de prácticas informales que se ha "naturalizado" y que se transmite a través del tiempo, de generación en generación, justificando las relaciones de poder.

Fotografía 72



Organización del material.

Fue el sociólogo estadounidense Lewis Coser quien acuñó el término de "institución voraz" para aquellas organizaciones con dinámicas absorbentes que tienden a sacrificar a sus miembros.[167] Una "institución voraz" desestima la vida familiar y social, en beneficio propio. El residente queda arraigado al hospital y debe ser leal a éste. La traición —la otra cara de la lealtad— es severamente reprimida. Al vivir la mayor parte de su tiempo dentro del hospital, el interno, el residente y el adscrito se alejan del calendario habitual, de los festejos oficiales, de los días de asueto, de las celebraciones sociales.[168] Es el médico en jefe quien decide au-

[167] Véase Lewis Coser, *Las instituciones voraces. Visión general*, México, FCE, 1978.

[168] Al someterse al calendario del hospital, la familia deja de invitarle a las fiestas de cumpleaños, las celebraciones navideñas, etc., es decir, la familia termina por excluirle de los convivios.

torizar la ausencia de los residentes. No es casual que la entrevista que les realizan los médicos adscritos a los médicos interesados en cursar la especialidad en el Hospital Rubén Leñero, además de tomar en cuenta la solidez académica de los postulantes, valora que la familia no represente un obstáculo mientras reside en el hospital. De ahí la importancia por conocer el estado civil, el número de dependientes económicos e incluso su estado de salud; respecto a esto último, se le solicita al postulante un certificado con el fin de constatar que no padezca alguna enfermedad que le impida trabajar y, por ende, represente un eventual costo para la institución. Para que sean admitidas las mujeres, se les pide una "constancia de no embarazo", con la finalidad de evitar que más adelante se ausenten o no le dediquen el tiempo suficiente al hospital por cuestiones de maternidad (aunque esto no es reconocido oficialmente por las autoridades). En síntesis, se indaga sobre las condiciones de salud del postulante a la residencia, no con el objetivo de protegerlo o cuidar el medio ambiente, sino porque en un futuro él represente una carga para la institución. El hospital quiere estudiantes de tiempo completo, que gocen de plena salud, en calidad de mano de obra barata que se le explota, a cambio de una formación educativa especializada.

Fotografía 73



Miperas.

El hospital como centro de enseñanza separa la vida cotidiana de la práctica interna. Los médicos responsables pocas veces se interesan sinceramente por los problemas familiares de sus alumnos, a pesar de que dentro del hospital se comparten momentos cercanos. Los límites entre la vida pública y la privada se debilitan; se trabaja, se duerme, se come y festeja dentro de la institución. La práctica de los

médicos especialistas en el interior del hospital, en condiciones de internamiento casi total, obliga a éstos a desprenderse de los hábitos que compartían en el pasado con la familia, que pasa ahora a un segundo plano. En contraparte, el residente y los actores dentro del hospital crearán sus propias formas de relacionarse, de intercambiar favores y obligaciones.

El paso obligado para ser especialista después de asistir a las aulas universitarias es la práctica hospitalaria; esta última forma es parte fundamental de la trayectoria del médico para la adquisición de habilidades técnico-prácticas. Durante el primer año, el residente está obligado a conocer la organización y el funcionamiento burocrático del hospital: deberá realizar las notas clínicas y actualizar los expedientes; asistir al pase de visita, presentar o responder correctamente la situación médica de cada uno de los pacientes; solicitar la interconsulta médica cuando sea necesario; llevar a cabo las guardias, dar seguimiento y brindar la atención a los pacientes. Durante ese mismo lapso de tiempo el residente aprenderá la escala de las jerarquías y a respetarlas sin objeción alguna. También, para evitarse problemas futuros, averiguará cómo tratar y pedir un favor a las enfermeras, así como lidiar con los trabajadores. En un año, el R-1 vivirá en carne propia las reprimendas por incumplimiento o indisciplina y se impregnará del funcionamiento formal e informal de la institución que, naturalmente, va mucho más allá de la práctica clínica y quirúrgica.

El cirujano como profesionista exitoso: la *illusio* médica

El habitus *como sistema de disposiciones a ser y hacer es una potencialidad, un deseo de ser que, en cierto modo, trata de crear las razones de su realización y, por tanto, de imponer las condiciones más favorables para lo que es. Salvo un trastorno de consideración (un cambio de posición, por ejemplo), las condiciones de su formación son también las de su realización. Pero, en cualquier caso, el agente hace todo lo que está en su mano para posibilitar la actualización de las potencialidades de que está dotado su cuerpo en forma de capacidades y disposiciones moldeadas por unas condiciones de existencia.*

Meditaciones pascalianas
Pierre Bourdieu

En el hospital el cuerpo aprenderá nuevas técnicas y habilidades. La práctica debe transformarse en hábito y destreza corporal; el médico residente incorpora así un nuevo sistema de disposiciones, listo para ser utilizado en cada caso clínico que se presente; lo anterior no sería posible si paralelamente no se forja también el carácter. "La práctica hace al maestro", reza el dicho, de manera que, mientras

se aprende y ejercita la medicina, se adquiere una concepción del mundo, una manera de ser y actuar frente a la adversidad. Después de charlar y entrevistar a parte del personal médico, la sensación que queda es que cada uno de ellos, a su manera, tiene una filosofía personal sobre la vida, la enfermedad, el dolor y la muerte; ello sin duda se relaciona con su cercanía al ser humano sufriente, por mirar de cerca el declinar de la vida hasta que ésta se apaga. El hospital representa el templo del conocimiento; es un espacio ritual, una escuela donde se educa al cuerpo y a sus sentidos con los signos y sentimientos del cuerpo ajeno; se aprende del dolor del enfermo, de la sangre del vivo y de la inmovilidad del muerto; del silencio del traumatizado o de la enfermedad crónica del viejo.

> *La violencia simbólica, para explicarla de manera tan llana y simple como sea posible, es la violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad [...] Los agentes cognoscentes que, aún cuando estén sometidos a determinismos, contribuyan a producir la eficacia de aquello que los determina en la medida en que lo estructuran.*
>
> *Una invitación a la sociología reflexiva*
> Pierre Bourdieu

El médico que no aprueba el examen para ingreso a la residencia se culpa a sí mismo; el que la abandona, también. Nadie se lamenta por la salida de un compañero, antes bien, el médico superior lo celebra, pues se tiene la certeza de que quien sale del hospital nunca estuvo comprometido con la profesión; es como decir que no está hecho de buena madera. La deserción se considera otro momento de selectividad, de depuración, como cuando se separa la arena del oro. En un medio donde las oportunidades para cursar una especialidad son escasas, así como las plazas de trabajo que se ofrecen, cada deserción equivale para la autoridad a liberarse de un peso muerto que sólo consume atención y recursos. Por eso ningún residente desea rezagarse; cada salida une al resto del grupo, que ve un escenario real de fracaso, lo que eleva la competitividad y la fricción entre sus miembros y merma muchas veces los sentimientos de cooperación y solidaridad. Los residentes de una misma generación se ven como rivales a vencer.

Visto desde otro ángulo más lejano al momento institucional, el abandono del hospital es una modalidad de expulsión y destierro simbólico que refiere a la figura del *chivo emisario*. El hospital y, particularmente, el quirófano adquieren cierta atmósfera sagrada, porque están destinadas únicamente a los elegidos. El derecho a entrar al quirófano se gana con trabajo, obediencia y conocimientos, de ahí que se es examinado sistemáticamente. El tiempo del conocimiento y la preparación es un tiempo de disciplina férrea, del error ineludible, del castigo que repara. La resi-

dencia médica se realiza siguiendo la norma, pero también con base en las tensiones a las que se ve necesariamente sometido el educando al practicar alguna técnica quirúrgica que pone a prueba su temperamento y cumplir las guardias de castigo o las cargas de trabajo.

FOTOGRAFÍA 74



La lucha contra el olvido y la muerte. Doctor Jorge González Rentería.

Sin duda hay una distancia entre el universo religioso de las comunidades de antaño —estudiadas por sociólogos y antropólogos— y la vida en el interior de un hospital; no obstante, en el mundo moderno, y particularmente en las instituciones donde privan el sufrimiento y la muerte —como en las prisiones y en los hospitales—, los rituales adquieren la forma manifiesta de protocolos de actuación institucional (pase de visita, ordenamiento de la interacción espacial, zonificación de las prácticas, medidas de higiene) con importantes funciones latentes relativas a la disciplina, la obediencia y el castigo. La función del sacrificio y la explotación del médico residente se justifican como parte de la férrea disciplina que se necesita para la formación del carácter, y la obtención de conocimientos y habilidades propios de cada especialidad.[169] Los años de residencia médica son

[169] Durkheim da cuenta de este fenómeno sociológico que relaciona las transformaciones del cuerpo con el dolor: "Más las abstinencias y las privaciones no dejan de conllevar sufrimientos. El apego por el momento profano está en todas las fibras de nuestra carne; nuestra sensibilidad nos vincula a él, de él depende nuestra vida. No sólo es el teatro natural de nuestra actividad sino que nos penetra por todas partes, forma parte de nosotros mismos. No podemos por tanto desvincularnos de él sin violentar nuestra naturaleza, sin maltratar dolorosamente nuestros instintos. En otros términos, el culto negativo no puede desarrollarse sin hacer sufrir. El dolor es una condición necesaria, a tal punto que se ha llegado a considerar que constituye por sí mismo una es-

parte de una trayectoria de aprendizaje ritual y de consagración dentro del campo de la medicina. Muchos jóvenes postulantes al examen de residencias médicas que ofrece la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) quieren ser cirujanos. El cirujano es la imagen del especialista económicamente exitoso, de carácter sólido y de decisiones firmes y rápidas. Henry Marsh, neurólogo inglés, narra en su libro autobiográfico *Ante todo no hagas daño* que, en sus comienzos, "la violencia controlada y altruista de la cirugía me resultaba profundamente atractiva. Era un empleo seguro, que parecía entrañar cierto grado de emoción y una combinación de habilidades manuales y capacidades mentales, así como poder y estatus social".[170]

FOTOGRAFÍA 75



Estudiantes de pregrado observando una intervención.

La carrera quirúrgica supone resistencia, supervivencia y sacrificio voluntario. Cada obstáculo es visto como una prueba para escalar en la jerarquía, lo que engancha al residente con la institución y lo motiva a resistir hasta convertirse en un cirujano exitoso. La intensa dinámica institucional que absorbe la vida de los médicos tiene su razón de ser en el tiempo que se necesita para la preparación y

pecie de rito. Se ha visto en él un estado de gracia que hay que buscar y suscitar, incluso artificialmente, debido a los poderes y privilegios que confiere, de la misma manera que esos sistemas de interdicciones de los que es su acompañante natural". Émile Durkheim, *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento)*, México, FCE/Universidad Iberoamericana/UAM Cuajimalpa, 2012, p. 362.

[170] Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 103.

el dominio de las técnicas quirúrgicas, pero esa racionalidad está sobredeterminada por una variedad de formas de control y dominio sobre los educandos. Los viejos médicos dicen que el reto es conseguir que el residente sea asertivo; por ello se entiende, ante todo, que obedezca; aceptar sin queja la vida institucional, los horarios, los castigos y los regaños recibidos. Se trata de hacer y no quejarse; adelantarse a los problemas y no esperar a que alguien los resuelva; ser disciplinado y no buscar pretextos o justificaciones para no terminar el trabajo. A fin de cuentas, el futuro médico cirujano tendrá entre sus manos una vida por la cual responder.

FOTOGRAFÍA 76











Escudos: símbolos de pertenencia.

Para el jefe del Servicio de Cirugía General, un médico bien preparado es aquel que enfrenta los escenarios más adversos y sale airoso. De ahí que los hospitales de salud pública, como el Rubén Leñero, sean muy codiciados para seleccionar y aceptar a los postulantes, puesto que, como decíamos, se tiene la oportunidad de intervenir a pacientes muy delicados. Asimismo, destaca que el reconocimiento en el campo médico está ligado al ejercicio de la cirugía, pero advierte que, aunque se tenga la cédula de cirujano, se puede terminar de *recetero* trabajando en cualquier consultorio. Sin duda, los cirujanos de un hospital como el Rubén Leñero con urgencias muy graves y una constante actividad están altamente calificados para ser contratados en hospitales privados como el Hospital Ángeles o el ABC (de hecho, hay médicos que brindan sus servicios en ellos) y ganar más dinero del que reciben en el Leñero. La medicina privada cuenta con mejores condiciones de infraestructura (análisis de laboratorios, medicamentos, tecnología); otra ventaja es que no exige una lealtad burocrática, ya que no establecen contratos colectivos de trabajo, sino contratos individuales. Estos hospitales se rigen por criterios contractuales de prestación de servicios a través de un vasto directorio de especialistas. Los médicos que trabajan en el Hospital Rubén Leñero y en algún otro hospital privado (en *la priva*, como coloquialmente se dice entre colegas) reconocen que la práctica que se lleva a cabo en el primero es muy intensa, con retos muy complicados, y eso es precisamente lo que los acredita como cirujanos muy hábiles y experimentados. Sin embargo, *la priva* es muy atractiva económicamente hablando y, sin duda, otorga un estatus social más elevado, por eso es que se busca como un segundo trabajo. Así, mientras que en el Leñero el cirujano aprende y perfecciona las técnicas quirúrgicas, lo tipos de cortes o de suturas, será en la práctica privada donde obtendrá los mayores beneficios.

El cirujano es quien se enfrenta a las situaciones médicas más complicadas y difíciles. Para él los horarios de trabajo no existen; tampoco obstáculos como el sueño o la carencia de algún material o instrumento para llevar a cabo bien su trabajo. El quirófano es el santuario de los triunfadores, por lo que el estudiante residente tiene derecho a ingresar en él —ganárselo— con trabajo y responsabilidad. El cirujano es el director de orquesta, el que imprime el ritmo y el espíritu que debe imperar en la sala de operaciones; puede trabajar en varios hospitales a la vez; ni la noche ni el sueño deben ser un impedimento, puesto que cuenta con su propio reloj biológico. Un cirujano siempre está listo para intervenir. A continuación, exponemos algunas opiniones del personal médico que labora en el hospital sobre la personalidad del cirujano:

- *Médico residente, cuarto grado de cirugía general*: "El cirujano tiene que tomar decisiones, de lo contrario el paciente se muere. Tenemos un perfil ególatra,

narcisista: yo soy el todopoderoso porque salvo al paciente. Debe tener amplios conocimientos, los fundamentos más sólidos en anatomía, de lo contrario no puede contar con la habilidad práctica".

- *Médico residente, tercer grado de cirugía general*: "Para ser cirujano se requiere tener rasgos obsesivos/compulsivos, sólo así puedes resolver los problemas que vas a enfrentar. Cuando estás en el quirófano y ves que el paciente está sangrando, te quedas ahí hasta que encuentras la causa. El médico debe ser disciplinado y leer mucho. Al que le espanta la sangre no puede dedicarse a estudiar cirugía, porque se desespera y se angustia, por eso elige otra especialidad".
- *Jefe de Servicio de Ortopedia*: "Las decisiones rápidas son propias de los cirujanos porque se encuentran directamente en la 'trinchera'. Son parte de su vida. Si llega al hospital un atropellado con aplastamiento de vísceras, no vas a preguntar a los familiares qué quieren que se haga. Se tiene que intervenir. Las decisiones se llevan a cabo en los momentos precisos y después vendrá la explicación".
- *Médica cirujana adscrita*: "Cirugía general es una especialidad que todo lo resuelve. Cuando tienes pacientes con trauma, con una lesión vascular, *tienes la oportunidad de explorarlos totalmente.* Estos pacientes graves y complicados te quitan el miedo para resolver otras lesiones de menor gravedad; *aprendes del cuerpo abierto* o por laparoscopía y adquieres gran habilidad quirúrgica que no obtendrías en otro tipo de hospitales. A veces parecemos carniceros al intentar resolver todo quirúrgicamente, y perdemos de vista el dolor que hay detrás; tal vez hasta el paciente ya murió. Uno huele la sangre de quien ya murió, con el cambio de oxigenación de los gases: es acidótica".
- *Médico reumatólogo adscrito*: "Al cirujano no debe temblarle la mano cuando opera; no debe tener dudas morales cada que interviene. Debe mostrar un carácter firme. Cada cirujano se distingue por el tipo de 'zurcido' que hace cuando sutura la herida. Es una especie de firma o sello que le permitirá reconocer en un futuro su trabajo".
- *Médica cirujana adscrita*: "Somos narcisistas. Llevamos dentro todas las presiones y tenemos que salir adelante. A veces no entiendo cómo resistimos, debemos tener algún rasgo patológico, sadomasoquista por esa necesidad de buscar el estrés. Todos los cirujanos tenemos una responsabilidad con los pacientes traumatizados y por eso está siempre nuestro corazón 'taquicardizado'".[171]

[171] Fragmentos de entrevistas a médicos especialistas.

El cirujano se encuentra en el otro extremo de la práctica del médico familiar o del médico rehabilitador; su labor la lleva a cabo en el interior del cuerpo; la distancia con estas especialidades e incluso con otras como la patología, que trabaja con cadáveres, es afirmando que aquéllas no se enfrentan con la sangre. El tema de la sangre es recurrente y se relaciona con la constante confrontación del cirujano con las hemorragias, es decir, con la vida y la muerte; de la misma forma está el tema del carácter firme y decidido, como lo comenta el subdirector del Hospital Rubén Leñero, un médico cirujano general con antecedentes militares:

> Para el cirujano no existe el "no se puede". Las decisiones que lleva a cabo son inmediatas, aunque se opta por el menor daño. Sólo en las telenovelas hay médicos indecisos o que se encuentran en medio de un dilema. Ningún cirujano se sale del quirófano para preguntarle a la familia, por ejemplo, quién quiere que se salve, si la madre o el hijo. Eso no corresponde a una realidad médica. En principio deberían salvarse los dos: madre e hijo. La decisión no se toma con base en quién se quiere más, sino de acuerdo a las circunstancias médicas; y aunque la decisión asumida cause daño, siempre será mejor que si no se toma. Si le digo a la madre que el niño no sobrevivirá (*nacituru:* el no nacido) no obedece a mi voluntad, sino a lo que médicamente se tiene que hacer, así se salvaguarda el bien mayor.[172]

La intervención médico-quirúrgica con el cuerpo vivo de una persona es de la mayor responsabilidad, pero también es lo que convierte a la especialidad en un reto atractivo. Los médicos coinciden en que la profesión de cirujano se ha perfeccionado gracias a las guerras y a la creciente violencia que se vive en el país. Las armas se perfeccionan, las lesiones son más graves: los retos para los médicos son mayores.

A pesar de que la cirugía tiene cierta reputación en el universo médico, la rivalidad entre especialidades existe. Entre los médicos la aceptada descalificación humorística y el reconocimiento propio de la labor que se realiza es una constante. No obstante, cada médico especialista defiende sus conocimientos y habilidades y se siente orgulloso de su labor dentro del hospital, a diferencia de otros actores que sienten que la institución no reconoce con la misma fuerza el valor de su trabajo, como sucede con el personal de trabajo social.[173] El humor negro, la ironía y el chiste mordaz forman parte del carácter de los médicos.[174]

[172] Fragmento de una entrevista al subdirector del hospital.

[173] "En la clase general de los días viernes se expuso el caso de una persona quemada a la que se le reconstruyeron los pies a través de injertos. Una trabajadora social comentó que la exposición merecía un diez de calificación, pero que si hubiera mencionado su labor (conseguir las donaciones de sangre, orientar a los familiares) la exposición valdría mil veces más". Notas del Diario de Campo.

[174] Vocabulario médico: *a*) cirujano general: tripero; *b*) ortopedista: carpintero; *c*) endoscopista: tubero; *d*) cirujano bariátrico: balonero; *e*) psiquiatra: chochero; *f*) clínico: recetero; *g*) patólogo: muertero.

Se puede afirmar que esta imagen ideal/típica del cirujano puede repetirse en cada una de las especialidades, que resaltan sus cualidades más nobles. Recordemos que las identidades grupales se construyen positivamente a través de las prácticas y creencias propias, pero también en relación con aquellas actividades y credos de otros grupos que no se comparten. Cuando se interroga a los médicos anestesiólogos sobre la importancia de su labor, responden de manera directa y simple: son ellos quienes mantienen con vida el cuerpo del paciente, mientras éste es intervenido por los cirujanos; son ellos quienes administran soluciones cristaloides, paquetes globulares, plasmas y medicamentos adecuados para adormecer al paciente de acuerdo a su condición de salud (hipertenso, adicto a cierta droga, cardiaco, etc.), y también quienes monitorean los signos vitales, estabilizan al paciente cuando pierde sangre, le bajan o suben la presión de acuerdo a las circunstancias. Existe una "rivalidad" dentro del quirófano entre el cirujano y el anestesiólogo; para este último el cirujano *es muy acelerado*, ya que quiere cortar y cortar, y para el cirujano, el anestesiólogo es precavido en exceso. No obstante la rivalidad soterrada, en caso de ocurrir algún evento desafortunado, como la perforación de algún tejido, interviene todo el equipo. Comenta el jefe del Servicio de Quirófanos:

FOTOGRAFÍA 77



Doctores Ricardo Pacheco y Jorge González de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

> Si el cirujano interviene y el paciente sangra, obviamente él es el responsable porque hizo el corte; en ese momento el cirujano debe de responder ante el problema que enfrenta. No obstante, la responsabilidad también recae sobre el anestesiólogo, porque él tiene que bajar la presión sanguínea para que el paciente deje de sangrar y

> para que el cirujano controle de mejor manera la situación de emergencia. Es el anestesiólogo al que le corresponde evaluar la condición corporal de forma total. [175]

Otro ejemplo de este autorreconocimiento lo ofrece el médico internista. Esta especialidad cuenta con una formación médica integral y se enfoca a pacientes hipertensos, diabéticos, cardiópatas, que necesitan estabilizarse antes de ser intervenidos quirúrgicamente. El internista presume de un conocimiento más profundo sobre el funcionamiento del cuerpo humano y señala tanto las dificultades de los cirujanos para estabilizar a los pacientes que van a operar como la ineptitud de los médicos urgenciólogos para diagnosticar y realizarle el tratamiento adecuado al paciente. Es verdad que el tema de la fragmentación del conocimiento que conduce al estudio de las especialidades y subespecialidades obliga a los médicos a trabajar en muchos de los casos de manera conjunta; por ejemplo, los cirujanos bariátricos necesitan de los cirujanos plásticos, de los cardiólogos, los internistas, etc. La relación entre las especialidades dependerá del tipo de enfermedad, lesión o padecimiento, y, como puede intuirse, es casi innumerable.

Institucionalizar al residente: control, conflicto y prácticas de adaptación o resistencia

Todo comportamiento institucionalizado involucra "roles", y éstos comparten así el carácter controlador de la institucionalización. Tan pronto como los actores se tipifican como desempeñando "roles" su comportamiento se vuelve ipso facto susceptible de coacción.

La construcción social de la realidad
Peter Berger y Thomas Luckmann

En las estructuras sociales que procuran un amplio margen de movilidad, es muy probable que exista atracción de los estratos elevados sobre los inferiores, así como una hostilidad mutua entre los estratos. En este caso es frecuente que los sentimientos hostiles inferiores tomen la forma de resentimiento, en el que la hostilidad va mezclada de atracción.

Las funciones del conflicto social
Lewis Coser

La comunidad médica no carece de conflictos, de competencias y egoísmos; tampoco de lealtades y solidaridades: los relatos así lo revelan. La lealtad se erige en el secreto, en la colusión, en la obediencia, en el apoyo en momentos de crisis.

[175] Fragmento de una entrevista al jefe de Servicio de Quirófanos.

Quien acusa, se rebela, quebranta el pacto de adhesión. Hay conflictos y competencia entre los médicos, pero también apoyos entre ellos cuando las situaciones así lo ameritan.

El exceso de trabajo que se impone a los R-1 tiene la función de acoplarlos a su nueva condición institucional; forma parte de un rito de iniciación por parte de la comunidad médica.[176] Las órdenes se derivan de arriba abajo en cascada, y se obedecen respetando cada escalón de las jerarquías. El R-1 tiene la obligación de actualizar los expedientes de los pacientes del servicio al que pertenece, conocer su evolución clínica, exponer temas de interés teórico o clínico, hacer rondines, dominar las técnicas quirúrgicas, conocer los instrumentos, etc. Cada una de estas actividades es aprendida con base en la insistencia: se repiten las notas médicas; se leen, repasan, memorizan y exponen los contenidos de los libros; se ejercitan las técnicas para realizar nudos quirúrgicos, se multiplican las guardias.

Si algún trabajo caracteriza al residente en su primer año es el de elaborar las notas médicas de los pacientes para su expediente; éste se presenta como un elemento que lo introduce al lenguaje médico, a los procesos hospitalarios, con la finalidad de que conozca las distintas facetas de la evolución del enfermo. Mediante el expediente el residente empieza a conocer la terminología, el diagnóstico, las técnicas practicadas, los medicamentos suministrados. Es fundamental que el expediente esté actualizado, porque puede convertirse en un documento legal, por ejemplo, cuando se interpone una demanda por parte de algún familiar o usuario en contra de algún médico del hospital. Los servicios y toda la cadena jerárquica descargan el peso del expediente sobre los R-1, ya que el trabajo administrativo que requiere para su llenado es considerado indigno entre los médicos superiores. Durante una sesión del Comité de Mortalidad, ante el señalamiento de los errores cometidos por los R-1 en la redacción de los expedientes del Servicio de Cirugía General (puesto que no cuentan con la orientación suficiente para dejarles toda la responsabilidad), uno de los médicos del servicio respondió: "Yo soy cirujano, no secretario".[177] El expediente también es una manera de someter al residente, por

[176] En *Las formas elementales de la vida religiosa* Durkheim dice acerca de la novatada que "es una verdadera institución social que surge todas las veces que dos grupos, desiguales por su situación moral y social, se encuentran íntimamente en contacto. En este caso, quien se considera superior al otro resiste a la intrusión de los recién llegados: reaccionan contra éstos de manera que les haga sentir su superioridad. Esta reacción, que se produce automáticamente y que cobra, naturalmente, la forma de maltratos más o menos graves, está destinada al mismo tiempo a doblegar a los individuos a su nueva existencia, a asimilarlos a su nuevo medio. Constituye por tanto una especie de iniciación". Émile Durkheim, *Las formas elementales…*, *op. cit.*, p. 363.

[177] Las manos adiestradas del cirujano especialista, manos que salvan vidas, no serán utilizadas para aplastar el teclado; para el médico cirujano el trabajo administrativo es humillante, tal vez

ejemplo, obligándolo a duplicar o triplicar las notas por la más mínima imprecisión u omisión.[178] La rigidez de la autoridad médica se sustenta en un poder jerarquizado por grados y que, en teoría, es del tipo instrumental/legal/racional.[179] Una de las imágenes que más se advierte dentro en los espacios destinados para los médicos residentes de primer año, es la de estar sentados frente a sus máquinas de escribir mecánicas, transcribiendo notas.

Fotografía 78



Remington.

Los médicos de mayor jerarquía, que insisten en que se debe contar con una sólida preparación académica y una firmeza en el carácter para enfrentar las si-

---

piensa junto con Rilke que "las manos tienen su propia historia, ellas tienen, de hecho su propia civilización, su belleza especial". Notas del Diario de Campo.

[178] "Por ser más frecuentes, las 'ceremonias' pequeñas son tal vez más reveladoras de las manifestaciones cotidianas de la dominación y la subordinación. Cuando el campesino se quita el sombrero ante la presencia del señor o del funcionario de gobierno, cuando el amo reúne a sus esclavos para que se presencie cómo se azota a otro esclavo, cuando en una comida se disponen los asientos según la posición o el rango social, cuando el último pedazo de carne queda para el padre de una familia, se están expresando relaciones de rango y poder". James Scott, *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*, México, Era, 2000, p. 72.

[179] "Las instituciones, por el hecho de existir, también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada, en oposición a muchas otras que podrían darse teóricamente. Importa destacar que este carácter

tuaciones más difíciles, justifican las guardias, incluso como un recurso disciplinario.[180] A pesar de que se observa a los residentes dormitar en clase, en alguna sala de consulta o en cualquier recoveco del hospital, todos los médicos están de acuerdo en que esta privación del sueño beneficia a los residentes en el fortalecimiento del carácter. Los médicos reconocen que las personas deben descansar un mínimo de ocho horas diarias, pero están convencidos de que este horario no aplica para los educandos, afirma una especialista en cirugía: que *dormir ocho horas es demasiada huevonada,* y que *para eso no se estudia medicina*; el médico residente debe ser consciente de que dormir pocas horas es parte del adiestramiento, por lo que debe esforzarse.[181] Las rotaciones y las guardias, que evidentemente rompen con el ciclo del sueño, tienen la función manifiesta de dar seguimiento a la evolución de los pacientes y sus padecimientos, como afirma un médico cirujano general:

> Si un R-1, que apenas empieza su especialidad, no tiene el control estricto de los electrolitos de un paciente, al día siguiente éste estará muerto. Entonces, así sean las dos o tres de la mañana, el médico que está de guardia, tiene que tomarle una muestra de laboratorio y ver que no esté descontrolado. Aquí en el hospital no se trata de que esté cansado y me voy a dormir. Puedes estar muy cansado, pero si tienes un paciente grave a tu cargo, primero se atiende la gravedad de la persona y después el cansancio, jamás al revés. De lo contrario se fomentan médicos flojos que digan: que lo vea el médico del siguiente turno; a mí no me importa porque no es mi paciente y menos mi pariente.[182]

---

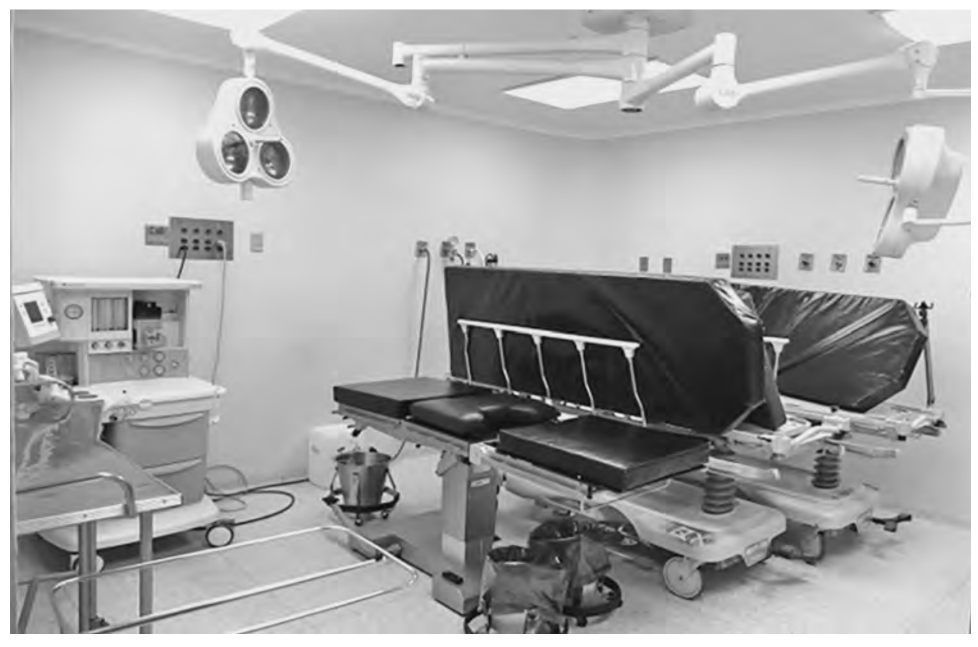
controlador es inherente a la institucionalización en cuanto tal, previo o aislado de cualquier mecanismo de sanción establecido específicamente para sostén de la institución". Peter Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social..., op. cit*., p. 74.

[180] "Las guardias se organizan bajo un sistema denominado ABC; suponiendo que son seis residentes, éstos se dividirán en: dos para la guardia A, dos para la guardia B y dos para la guardia C. Lunes toca la guardia A; martes toca la guardia B y estarán de posguardia los residentes de A y los residentes de C estarán de preguardia; miércoles toca la guardia C y estarán de posguardia los residentes de B y de preguardia los residentes de A. Y así sucesivamente". Notas del Diario de Campo.

[181] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.

[182] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano. Respecto a la idea de respetar el sueño, en sus memorias el cirujano neurólogo Henry Marsh, comenta lo siguiente: "[...] los turnos se han probado en otros sitios y no gozan de popularidad en ninguna parte [...] Echan por tierra cualquier continuidad en el cuidado y seguimiento de los pacientes. Los médicos cambian dos o tres veces por día. Y los residentes que hagan turno de noche rara vez conocerán a un solo paciente, ni los pacientes a ellos. Todo el mundo está de acuerdo en que eso es peligroso. Las jornadas reducidas significarán también que tendrán mucha menos experiencia clínica, y eso supone también un riesgo". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.,* p. 214.

FOTOGRAFÍA 79



Lo que pasa en el quirófano se queda en el quirófano.

Cada institución crea su sistema de premios y castigos; en el caso del sueño, éste juega en distintos niveles, especialmente asociados al control del cuerpo del residente. El carácter asertivo que se le exige al cirujano atraviesa por un estado permanente de alerta, el cual es incentivado desde el primer año, cuando se incorpora al sistema de guardias para realizar distintas actividades, como: la atención a los pacientes, la actualización de expedientes, la preparación y la exposición de las tareas escolares, los rondines en urgencias, entre otras. *El estado de alerta* se justifica por las contingencias médicas que se pudieran presentar; un R-4 afirma que cuando se le requiere no puede negarse o acudir somnoliento. Constantemente los residentes de mayor jerarquía someten a los R-1 con simulacros de emergencias despertándolos y movilizándolos para que realicen procedimientos de rutina mientras se les interroga. El sueño es un factor de control. Se castiga con la privación del sueño por medio de las guardias, generalmente por cuestiones de incumplimiento de una tarea; también cuando un residente muestra una actitud de reticencia. Del mismo modo, las guardias pueden ser una oportunidad para descansar, por ejemplo, cuando los residentes se sortean los turnos para dormir en las camas o colchonetas; incluso se llega a cambiar tiempo de clínica o de trabajo burocrático —el soborno es otro recurso— por tiempo para el descanso.

> *Estaba previsto que el seminario durase tres horas, de modo que me arrellané para dormir un poco. Las largas horas de trabajo en el pasado, cuando era residente, me enseñaron el arte de conciliar el sueño prácticamente en cualquier sitio y sobre la superficie que hiciera falta.*
>
> *Ante todo no hagas daño*
> Henry Marsh

Cuando las posibilidades anteriores se cierran, los residentes utilizan sus conocimientos médicos para ingerir medicamentos que los mantengan despiertos; hacen cálculos del tiempo que tienen que laborar para administrarse la dosis adecuada. El sueño y las guardias se relacionan con el sacrificio y la obediencia; romper o alterar los códigos supone represalias. Cuenta un jefe de servicio que en sus tiempos de residente rompió una guardia con más compañeros; el jefe de turno los sorprendió a medianoche comiendo tacos en la calle, motivo por el cual les prohibió la entrada al hospital hasta la mañana siguiente, y los dejó fuera bajo el frío de la madrugada.[183] El control del sueño sirve para reeducar el cuerpo, así como el cirujano contiene su cuerpo para no ir al baño e interrumpir con ello la intervención quirúrgica.

FOTOGRAFÍA 80



Quirófano.

[183] Notas del Diario de Campo.

Conforme se escala a un nivel superior, la carga de trabajo disminuye, así que el primer año es el más difícil, porque todo el peso del trabajo administrativo recae sobre los R-1 durante ese tiempo. En la trayectoria del médico residente la disciplina es severa y no pocas veces se mezcla con los abusos, por ejemplo, cuando un R-3 le dice a un R-1 que se encuentra aburrido y que quiere que le regale un iPad. Los residentes terminan por interiorizar esos patrones de vida como si fueran algo natural, y los repiten después con los compañeros de menor nivel. Una cirujana adscrita en el hospital revela:

> La disciplina se asocia a los castigos y abusos. Cuando sales de ese sistema de control, no te das cuenta que imitas las cosas malas, como si tuvieras el Síndrome de Estocolmo. Cuando inicias como R-1, te dicen que todos somos una bonita familia y que debemos trabajar como equipo, pero la carga máxima de trabajo es para ti. Los residentes superiores te argumentan que ellos ya sufrieron y pasaron por el mismo trabajo. No existe apoyo del grupo. El exceso de trabajo no te permite ir al comedor y tienes que comprar la comida. Además, es el R-1 el que paga la comida de todos, hasta la de los médicos adscritos. Te dicen que es una retribución por lo que te están enseñando, pero en realidad es un abuso.[184]

FOTOGRAFÍA 81



Recuperación.

Existen suficientes razones médicas para afirmar que el sacrificio que realiza el residente en el hospital es necesario para su formación y adquisición de conocimientos. Cada generación de médicos *tiempo después* se percibe como una comunidad. Como afirma un médico cirujano:

[184] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.

> Se vive tal grado de estrés, emotividad y sentimiento que los residentes se dicen hermanos. Cada etapa o grado que cursan, los médicos se hermanan como residentes: uno, dos, tres y cuatro, aunque no estén en el mismo hospital. Cuando terminan de estudiar y son contratados como adscritos, se recuerdan como parte de la misma generación: ¿Te acuerdas de fulano de tal? Sí, cómo no, si fue mi hermano.[185]

Constantemente aparecen la identificación y la adhesión al grupo hospitalario por encima incluso de la "familia de sangre". Los médicos residentes del mismo nivel se reconocen como una *familia quirúrgica* o *grupo comando*; todos coinciden en que se crean lazos de adhesión entre los compañeros con los que comparten el encierro, debido a la intensa experiencia que vivieron durante la residencia (pasar hambre, tensiones, falta de sueño, regaños, humillaciones, encuentros sexuales, secretos, complicidades, borracheras). Entre cada nivel de residencia o cada segmento médico se crea un vínculo emocional que se fortalece conforme pasa el tiempo.

> *Los médicos tocaban a integrantes de otros rangos como medio de transmitir un apoyo y un consuelo amistosos, pero otros tendían a sentir que sería presuntuoso de su parte corresponder a la recíproca del toque de un médico, y menos aún de iniciar semejante contacto.*
>
> *Ritual de interacción*
> Erving Goffman

Las relaciones de dominación pueden darse de infinitas maneras, de ahí la importancia de estudiar la función de la broma, el sentido del insulto, el papel del dolor, el significado de determinados gestos o palabras dentro de un contexto social, institucional o de situación; asimismo, es necesario analizar el sentido de todas estas formas de comunicación y las condiciones específicas en que surgen, para entender el sentido de la acción. Interpretar un gesto, una frase o una imagen fotográfica de manera aislada es riesgoso, antes bien deben considerarse las condiciones institucionales en que emerge cada uno de estos discursos como parte de las relaciones e intercambios que se establecen entre los actores, para acercarnos al significado de la interacción. Una forma de mirar es una manera de contactar socialmente; con la mirada se colude, se exhorta, se repudia, se ignora o seduce, pero eso sólo se sabe si analizamos el contexto en que se produce.[186] Igual

[185] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

[186] "No hemos hecho las necesarias investigaciones semióticas y comunicativas para establecer el ámbito de contextos sociales adecuados dentro de los cuales el ámbito de consecuencias (sig-

sucede con la palabra; definir cuándo una frase es un insulto, un reconocimiento, una ironía, depende de la situación en particular en que se dice y quiénes son los que participan, el tipo de roles que desempeñan y los vínculos afectivos que subyacen. En muchos lugares, como el taller, la escuela, el barrio o las cárceles, se conversa con groserías e insultos que, entre conocidos, no se toman a mal, todo lo contrario, son formas de hablar propias de la comunidad. Dentro del hospital el regaño y el maltrato aparecen en distintos momentos institucionales. El jefe de servicio puede levantar la voz para exigirle —con insultos— al residente que concluya las notas de todos los expedientes, so pena de no presentarse ya más en el hospital. El regaño es aceptado institucionalmente —más allá de si se es o no responsable—, pues supone siempre la intención de corregir algún problema por parte del médico superior. Cuando los médicos responsables utilizan palabras altisonantes para dirigirse a los residentes como un recurso "pedagógico", no sólo pretenden que éstos aprendan la lección, sino también ponerlos a prueba respecto a su lealtad. Comenta una médica cirujana general:

FOTOGRAFÍA 82



Anestesióloga al interior del quirófano.

> El residente no aprende necesariamente cuando tiene un descuido y hace un procedimiento erróneo, que provoca que el paciente evolucione mal. Algunas veces, el error no queda como una enseñanza de aquello que se tiene que corregir. *Pero*

---

nificados) del posible ámbito formas de 'sonreír'. Creo que sabemos *cómo* estudian la sonrisa en cuanto acto *social*. Sin embargo, no creo que sepamos lo que significa una sonrisa hasta que comprendamos, sociedad por sociedad, su función en múltiples canales y variabilidad contextual". Ray Birdwhistell, *El lenguaje de la expresión corporal*, Barcelona, Gustavo Gili, 1979, p. 39.

> *si le dices palabras hirientes*, ésas sí las recuerda. Las palabras hirientes se utilizan para castigar o hacer sentir mal al residente, para que entienda que lo que hizo tiene una repercusión en la vida del paciente.[187]

Las palabras hirientes producen efectos diversos en los receptores que dependen de cómo éstos las asimilen, comprendan o rechacen. Los médicos justifican la ofensa en la medida en que la repercusión de un error es mayor que en otras profesiones, y es de esperar que así lo entiendan los educandos. No obstante, la deserción de los residentes no pocas veces se relaciona con el trato ofensivo. Comenta el filósofo mexicano Jorge Portilla:

> El sarcasmo es una burla ofensiva y amarga. La intensión corrosiva del sarcasmo se orienta totalmente a una persona determinada y su fin de desvalorar está sometido a un propósito de ofender [...] El relajo es ambiental, colectivo y ocasionalmente estrepitoso. El relajo puede provocar la risa, el sarcasmo puede provocar una atmósfera de expectación incómoda y llena de amenazas de violencia, como un insulto o una bofetada. El sarcasmo paraliza, el relajo es una invitación al movimiento desordenado, sus intencionalidades respectivas se eliminan mutuamente.[188]

Las fallas del escritor no son de la misma naturaleza ni tienen los mismos efectos que los errores del médico. Hay tropiezos que cuestan vidas, como en la industria de la construcción o en los hospitales. Muchos errores logran corregirse y, de hecho, se aprende de ellos; forman parte de la experiencia de cualquier oficio práctico, como veremos más adelante.

La enseñanza en medicina insiste en la "asertividad", imposible de lograr sin disciplina y obediencia. La siguiente aseveración de los sociólogos Berger y Luckmann, relacionada con la eficacia de los procesos de socialización institucional, adquiere pertinencia para el objeto de nuestro estudio:

> Los significados institucionales deben grabarse poderosa e indeleblemente en la conciencia del individuo. Puesto que los seres humanos suelen ser indolentes y olvidadizos, deben existir también procedimientos para que dichos significados se machaquen y recuerden reiteradamente, si fuese necesario, por medios coercitivos y por lo general desagradables.[189]

Tal vez, como afirma el sociólogo estadounidense Richard Sennett, "el experto moderno dispone de pocos rituales potentes que lo unan a la comunidad en

[187] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.
[188] Jorge Portilla, *Fenomenología del relajo y otros ensayos*, México, FCE, 1984, p. 29.
[189] Peter Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social..., op. cit.*, p. 91.

general e incluso a los colegas".[190] Apartados de la devoción y el culto religioso, los rituales institucionales adquieren otras figuras de menor trascendencia cosmogónica, pero no por ello menos eficaces. En el hospital se asocian el esfuerzo, el trabajo y la disciplina con la humillación, la obediencia y la explotación del residente. Se pretende así lograr una transformación integral de aquél. Como comenta Durkheim, "si hay una creencia que pase por ser específica de las religiones más recientes y más idealistas, es la que atribuye al dolor un poder significante".[191] No es fácil definir los niveles del dolor (humillación, degradación, mortificación) y medir los efectos que tiene sobre los sujetos. El castigo puede tener un sentido para quien lo ejerce, que no siempre es el mismo para quien lo recibe. Depende nuevamente del análisis concreto de la situación en que se lleva a cabo dicha práctica, de los momentos particulares en que se aplica y cómo es vivida por los actores involucrados. Hay una cierta aceptación del castigo cuando *se le atribuye una razón de ser*; un efecto transformador sobre el espíritu y el cuerpo de las personas. La división técnica del trabajo dentro del hospital es también una división de distinciones y asimetrías entre los grupos que se manifiestan en las diversas cargas de trabajo, en la explotación económica de unos por otros y por el tipo de castigos que se adjudican (de conformidad con la falta y el rango). En el ámbito hospitalario —como en el resto de las instituciones— existen casos de abuso de poder y de su uso con fines personales que afectan a otros actores cojerárquicos o inferiores. La franja entre la disciplina y el abuso no deja de ser delgada y porosa. Comenta un R-4:

> Cuando enseñas a los residentes de menor rango les exiges y eso es diferente a molestarlos. Hay quienes se enojan porque les exiges. Los molesto, pero en el sentido de solicitarles que "hagan nudos" o preparen un artículo sobre determinada técnica quirúrgica. Si no traen la tarea, no entran a quirófano. Para mí, una de las causas

[190] Richard Sennett, *El artesano*, Barcelona, Anagrama, 2012, p. 303.

[191] "[...] se admite que el dolor genera fuerzas excepcionales. Y esta creencia no deja de tener fundamento. Pues efectivamente, es por la manera en que se desafía el dolor como mejor se manifiesta la grandeza del hombre. Nunca se sobrepasa a sí mismo con tanto brillo como cuando domeña su propia naturaleza hasta el punto de hacer que ésta siga un camino corolario al que espontáneamente tomaría. Así se singulariza entre todas las demás criaturas que siguen ciegamente el llamado del placer; así se hace un lugar aparte en el mundo. El dolor es señal de que se han roto ciertos vínculos que lo mantienen en el medio profano, lo cual sirve de prueba entonces de que se ha liberado parcialmente de ese medio y, por consiguiente, se le considera instrumento de su liberación. Por ello, quien se libera de este modo no es víctima de una mera ilusión cuando se cree investido de una especie de dominio sobre las cosas: realmente se ha elevado por encima de éstas por el sólo hecho de haber renunciado a ellas; es más fuerte que la naturaleza porque ha logrado acallarla". Émile Durkheim, *Las formas elementales..., op. cit.*, p. 365.

más tristes —que a la vez me da mucho coraje— por las que abandona un residente el hospital, es porque no aguantó el ritmo de las tareas, las guardias, la realización o repetición de las notas, y eso quiere decir que no estaba listo para ser especialista. Otros se van porque se sienten maltratados si los envían a comprar las tortas, en fin.[192]

Fotografía 83



Área de hospitalización.

El testimonio refiere al cumplimiento de las tareas, a la cantidad y al ritmo de trabajo que se tiene que realizar, pero también apunta a la explotación y el abuso por imponer actividades que no están relacionadas con la práctica médica. Este tipo de cargas de trabajo se inscribe dentro de la lógica del internamiento como capacitación intensiva de conocimientos que el residente en pocos años debe adquirir. En efecto, en sólo cuatro años el médico debe alcanzar una serie de competencias teóricas y prácticas que difícilmente adquiriría fuera del hospital (dedicando unas horas al día). El testimonio anterior devela la lógica de las actividades aparentemente vanas y tediosas, sin más razón que la de molestar a los residentes, no obstante, la realización de nudos con hilo (hasta llenar una caja o una botella) tiene la función de introducirlos a los tipos de amarres que pueden usar en las suturas; las tareas y exposiciones teóricas los obligan a memorizar los procedimientos quirúrgicos, la anatomía del cuerpo, con la finalidad de que, cuando entren a un quirófano, comparen la teoría con la práctica, y contrasten las ilustraciones de los libros con la realidad de cada cuerpo particular que se inter-

[192] Fragmento de una entrevista a un médico del Servicio de Cirugía General.

viene. La práctica hospitalaria se fundamenta en la repetición y en la diferencia que se observa al comparar caso por caso, hasta que el educando "memorice" el conocimiento y las técnicas *corporalmente*. Cada actividad, evento, intervención, prepara a los residentes para que, llegado el momento de actuar, lo hagan de la forma más adecuada. Llama la atención que las actividades extramédicas, como las de ir por la comida o las bebidas, no son consideradas impropias para la mayoría de los médicos de mayor rango, antes bien, forman parte del universo de intercambios y de experiencias cotidianas, para que todo el personal continúe trabajando.

FOTOGRAFÍA 84



Bromas (imagen obtenida de las redes sociales de los estudiantes de medicina).

Cuando se asciende en la escala de la residencia, se adquieren responsabilidades con los compañeros de menor rango. El sociólogo estadounidense Lewis Coser en sus estudios sobre el conflicto social utiliza la figura del capataz para explicar cómo un actor que asciende en la estructura institucional utiliza su posición para ordenar y poner en movimiento a los que están en los escalones inferiores. El capataz tiene un poder que no usa de forma personal, sino al servicio de la institución, es decir, para el cumplimiento de sus programas y objetivos. Para el caso del hospital, las cargas de trabajo y las actividades aparentemente banales que deben realizarse tienen como propósito la formación teórico-práctica del médico residente en una especialidad, sobre la base de un modelo médico rígidamente jerarquizado que parte del aprendizaje escalonado de arriba abajo. Los R-1 son

responsabilidad del R-2; el R-2, del R-3, y así sucesivamente. Si un cirujano adscrito percibe, por ejemplo, un rezago en la actualización de los datos que se registran en los expedientes, llamará enérgicamente la atención al residente que en ese momento esté a cargo de los R-1. Es común que se regañe al R-1 a través del R-2 o el R-3, aunque estén todos presentes en el momento.

Dentro de esta misma lógica el reconocimiento del abuso asimismo no es excepcional, como lo vimos antes en el relato de la médica cirujana; lo que es excepcional es la denuncia formal. Es cierto que el contexto hospitalario justifica las cargas de trabajo y los sacrificios que viven los residentes, pero no debemos perder de vista que obligarlos a repetir una nota por un detalle trivial, a pagar los alimentos o a mantenerse despiertos durante muchas horas también es una forma de control y dominación.[193]

El residente de primer año que se encuentra en la escala inferior de la jerarquía también aprende estrategias de resistencia y supervivencia dentro del medio hospitalario. Como el último eslabón de la cadena, el R-1 se halla sujeto a fuertes presiones por parte de sus superiores para que cumpla con las expectativas que se le exigen. El residente inmerso en un mercado de favores debe ante todo obtener resultados: tramitar las interconsultas, conseguir los medicamentos e insumos, agilizar los análisis de laboratorio (sangre, rayos X, etc.), estar al tanto de los pacientes hospitalizados y de los que ingresan, actualizar los expedientes. El residente está obligado a no fallar, por lo que hará todo lo necesario para conseguir lo que se le ha pedido. Cualquier pifia es castigada por el responsable superior, que lo responsabiliza por atrasar los procedimientos médicos. En redes sociales los residentes hablan de un *mercado negro de favores*, y a los residentes que entran en estas redes se les denomina *traficantes*. Este mercado de dones y contradones da mayor movimiento a un sistema de engranajes que de otra forma giraría lentamente, o incluso quedaría detenido. Los médicos y enfermeras que se apoyan en el trabajo clínico y administrativo intercambian dulces, Coca-colas, postres y pasteles en un ambiente de coqueteos, sonrisas y flirteos. Jocosamente se repite la frase "Llorar, mentir o prostituirse, lo que sea necesario para conseguir las cosas". El residente desarrolla una logística dentro del hospital o sale a los alrededores, para conseguir bebidas, comidas, medicamentos, etcétera.

[193] "Ahora bien, el sistema de salud está expuesto a la crítica de la opinión pública. Un error de un médico adscrito o un R-4, que ponga en entredicho la imagen de dicho sistema puede costarle la suspensión o la salida del mismo, cuando no directamente la cárcel. Por ejemplo, el caso de un residente ginecobstetra que fue acusado de abuso por parte de los padres de una menor de edad, por no cumplir con el protocolo que estipula estar acompañado por una enfermera mientras lleva a cabo la revisión: las autoridades del sistema de salud de la Ciudad de México estuvieron a punto de expulsarlo". Notas del Diario de Campo.

Decíamos que la mayor carga de trabajo recae sobre los médicos que cursan el primer año de residencia en el hospital, los llamados R-1. Éstos son denominados "perros" o "esclavos" por parte de los residentes de mayor jerarquía (2, 3 y 4). Al dirigirse a sus compañeros con estos apelativos, les niegan la condición humana equiparándolos con animales o instrumentos a su servicio. El sometimiento inicia con las palabras. Una expresión común de los residentes de mayor jerarquía es "Que paguen los perros", para referirse a la compra de los alimentos o la invitación a la cantina o al restaurante. Una joven residente de primer año manifestaba con indignación el hecho de que cierto día un R-4 la amarró de la muñeca (articulación de la mano) con un listón, tiró de ella y le dijo que tendría que acompañarlo a recorrer el hospital, porque ella era su perra.[194] No es irrelevante mencionar que en México la palabra "perra" dirigida a una mujer tiene una connotación sexual similar a "zorra", que se asocia con una mujer libertina o inmoral.[195] Como veremos más adelante, el asedio sexual a las mujeres no es una práctica aislada y forma parte de este ejercicio de control y poder masculino dentro del hospital. Estas prácticas están del mismo modo presentes en la contraparte femenina (jefas de servicio, adscritas, residentes), quienes ejercen su autoridad sobre sus inferiores independientemente de su sexo; algunos testimonios de mujeres residentes y adscritas coinciden en que la relación jerárquica mujer-mujer es más intensa y desgastante hacia las de menor rango.

La escala jerárquica entre los residentes, principalmente de cirugía general, es rígida y, a decir de los médicos, proviene de la herencia militar de la profesión;[196] se puede observar en los colores de las corbatas: negra para el interno, verde para el R-1, azul para el R-2, guinda o roja para el R-3 y gris Oxford para el R-4. Una

[194] "Es natural encontrar el acto decisivo de poder allí donde desde siempre es más notorio, tanto entre los animales como entre los hombres: precisamente en el *agarrar*". Elias Canetti, *Masa y poder*, Madrid, Alianza (El Libro de Bolsillo), 2013, p. 293.

[195] "Cuando una máquina se avería, simplemente deja de funcionar. Cuando un objeto frágil se hace pedazos, los trozos se desperdigan en consecuencias tal vez peligrosas. Así, por ejemplo, cuando alguien se vuelve loco y se convierte en salvaje o violento, sería apropiado decir 'estalló'. Por otra parte, si alguien se aletarga y es incapaz de funcionar por razones psicológicas sería más apropiado decir 'se averió' [...] Las metáforas ontológicas como éstas son tan naturales e impregnan tanto nuestro pensamiento que normalmente se consideran adscripciones directas y autoevidentes de fenómenos mentales". George Lakoff y Mark Johnson, *Metáforas de la vida cotidiana*, Madrid, Cátedra (Teorema), 2015, pp. 66-67.

[196] "Todas las mejoras médicas para la atención de civiles provienen de los conflictos y guerras, es decir del mundo militar. También las mejoras de comunicación. Los apósitos para colar, contener y evitar el sangrado, los homeostáticos y los antibióticos. De la misma manera nacen las residencias médicas. No de las necesidades civiles sino militares, con sus jerarquías: sargento, teniente, etcétera. Por eso las enfermeras tienen en la cofia sus líneas y los residentes las corbatas de colores". Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

forma simbólica de que el R-1 pierda su lugar es la siguiente: si durante el pase de visita el interno (estudiante de pregrado) tiene más conocimiento sobre la condición clínica de los pacientes y responde más preguntas que el R-1, el residente de rango mayor les intercambia la corbata, mientras algún compañero toma una fotografía o video del hecho, mismo que se comparte en los teléfonos celulares o se sube a las redes sociales, para avergonzar públicamente al "infractor".[197] Un neurocirujano del Centro Médico de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Guadalajara, estado de Jalisco, es filmado mientras regaña a un médico residente; el video fue publicado en la red:

> Neurocirujano: ¡Enséñame las putas notas de hoy! ¡No están cabrón, porque no las pusiste!
> Residente: No las agregué…
> Neurocirujano: ¡¿Y sí las pusiste?!
> Residente: Las de hoy no. Las demás sí están.
> Neurocirujano: Ah… ¡Mira, cabrón, si regreso del quirófano y no están esos putos expedientes, cabrón, el lunes ya ni vengas, hijo de la chingada!
> Residente: [asiente con la cabeza].
> Neurocirujano: ¡Aquí me vale madre toda tu pinche programación! Llego, y están todos haciéndose pendejos en las computadoras, cuando las indicaciones y las notas es lo primero que tienen que hacer [*sic*].
> Residente: Sí… sí…
> Neurocirujano: ¡Y tus pinches radiografías me valen un pito, cabrón!
> Residente: Sí… sí…
> Neurocirujano: ¡A la una voy a venir, cabrón, y si no está eso, el lunes ya ni te aparezcas, cabrón!
> Residente: Sí… sí…[198]

Estas formas de humillación que circulan a través de los teléfonos celulares y las redes sociales son comunes y muestran otros tipos de castigos psicológicos o corporales, como insultos, gritos, golpes en la espalda y riñones, etc. El relato siguiente es de una médica cirujana adscrita al hospital:

> Hay compañeros médicos que les otorgan concesiones a los residentes siempre y cuando les compren comida, se los lleven a un *table dance* o a un bar a emborracharse. Yo creo que cuando estás en la residencia tienes más miedo que respeto. A mí me decían, tú tienes que operar borracha y en tu juicio; obviamente nunca tomé hasta perderme, pero sí llegué a tomar y uno se pregunta: ¿dónde está el médico

[197] Notas del Diario de Campo.
[198] "Médico grita y humilla a residente en Hospital de Especialidades del IMSS", disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=UeaJrMO5I98>, consultado el 27 de noviembre de 2018.

> adscrito que permite esas cosas? Hay médicos adscritos que se la pasan durmiendo toda la noche en su coche y nada más firman los documentos, confían ciegamente en lo que hacen los residentes. Si hacías algo mal, los residentes te pegaban con los puños en los riñones. Un día un R-3 me encontró dormida y me pegó, me jaló y tiró de la cama. Me paré y le dije que no lo hiciera, porque estaba cansada, que me dejara descansar y después haría lo que me indicara, pero me volteó hacia la pared y me pegó. Quise defenderme, mostrarme dura, y le dije: "No haga eso, usted pega como una nena y me golpeó más fuerte". Las jerarquías son muy, muy, muy marcadas y uno no denuncia por miedo. También porque careces de recursos para irte a otro lugar, no tienes opción. Sigue sucediendo que las mujeres bonitas son acosadas por los adscritos. Se tienen que dejar manosear, abrazar, besar, para que no las castiguen.[199]

Explotación económica, golpes, abuso de autoridad, menosprecio por los pacientes. Ausencia y falta de responsabilidad de los médicos adscritos sobre los residentes de mayor jerarquía. Abuso hacia las mujeres. Dominación a través del miedo. Intervenir quirúrgicamente en condiciones adversas. Es muy probable que estas situaciones se presenten en otras instituciones, por ejemplo, en el ejército y la policía (en las que las historias abundan); el ámbito hospitalario no es la excepción. El objetivo es comprender estas prácticas de sacrificio y dolor como *rituales de ordalía* que se viven durante la trayectoria para llegar a ser cirujano.[200] Desde una óptica exterior, las prácticas se pueden definir como maltratos, sin embargo, este tipo de conductas tiene una razón estructural: la de convertir al residente en un cirujano asertivo. La violencia no es a título personal —aunque existen las excepciones—, sino que cumple una función dentro de la lógica institucional. Este tipo de prácticas se reproduce generacionalmente. El R-1 las aplicará cuando ascienda a R-2, y del mismo modo sucederá con cada generación que se renueve. Es cierto que existen cambios graduales (sobre todo con el impulso a la defensa de los derechos humanos), sin embargo, conservan su esencia disciplinaria y de sumisión. El jefe de Urgencias, un cirujano formado a la antigua usanza médico-militar, añora los tiempos en que los residentes no se quejaban de nada y cumplían a cabalidad los mandatos y responsabilidades; afirma que la actual política del respeto por los derechos humanos ha modificado la dinámica de los hospitales, puesto que el trato ahora es mucho más blandengue hacia el residente, lo que ha devenido en falta de disciplina. Cada vez se presentan más casos en que residentes han interpuesto quejas ante las comisiones de derechos

[199] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana general.

[200] Jay Haley, *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

humanos relacionadas con acciones que, consideran, han violentado su dignidad como personas. Si en décadas pasadas una bofetada por parte de un superior era sinónimo de corrección, actualmente es un gesto punible y políticamente incorrecto. El jefe de servicio subraya: “Hoy nada más los tocas y andan de chillones, así no se puede”.[201] El castigo físico directo como “elemento pedagógico” no desaparece, ya que el regaño, los insultos, las guardias repetidas (que privan del sueño), en fin, la mortificación del cuerpo, continúan practicándose. El testimonio siguiente muestra cómo le hacen la vida imposible a una residente de cirugía por medio de pequeños detalles o pretextos, con el fin de someterla u obligarla a que abandone la residencia. Al final, la residente terminó expulsada por el Sistema de Salud:

> Salgo del hospital porque el ambiente es muy feo. El doctor que entrega la guardia del fin de semana, identifica cómo es cada residente; te interroga con cada paciente en el pase de visita y conforme le respondas, o te corre —y ya no te incorporas—, o pasas a la siguiente cama. Una vez el doctor le preguntó a mi interno y éste respondió correctamente. Le dije:
> —Muy bien, Luis.
> Entonces el doctor me reprende:
> —¿Tú qué? ¿Te crees muy importante? ¿Vas a entregar tú la guardia?
> —No doctor, nada más animé a mi interno.
> —¿Y eso a qué te da derecho?
> —No, no, doctor, a nada.
> —La otra cama la vas a presentar tú.
> Solamente él podía hablar, y decir quién hablaba. En otra ocasión un compañero exponía los datos de una paciente, sus signos vitales, mientras otro compañero revisaba si tenía algún drenaje. Y se me ocurrió decirle:
> —Señora la voy a descubrir, ¿todavía le duele?
> El doctor se molestó:
> —¡No dejas hablar a tú compañero, tienes que estar callada!
> Hasta los pacientes sabían cómo era estresante el doctor. Se ensañó conmigo porque lo que me preguntaba se lo contestaba académicamente. También me castigó porque alguna vez apreté la boca para no reírme, porque me corrió del pase de visita por una estupidez. Entonces fue cuando me sentenció:
> —Te vas riendo, pero te voy a correr de todas mis guardias y te vas a acordar de mí. Mejor ya ni volteé. Me llamó en otra guardia y me señala:
> —Aquí tu maestría no te va a servir para nada, porque yo soy el que manda. Ya sé que vas para “neuro”, pero tienes que pasar por mí y vas acordarte, porque tú aquí no vales nada. Yo soy aquí el que da las órdenes.

[201] Notas del Diario de Campo.

Típico discurso egocéntrico del cirujano, tú no vales nada porque eres R-1, y así vas a seguir. No te va a servir de nada lo que hagas ni lo que digas, porque todos van a vigilarte. Llamó al R-3 y al R-2 que están en mi guardia.

—A ver, ustedes güeyes, si para la próxima vez que yo venga esta mujer no les tiene miedo sino pavor, se las van a ver conmigo.

Los residentes no sabían qué decir. Me contuve, vi en él a una persona frustrada, que sacaba sus traumas con nosotros. Tal vez no se pudo "derivar", quiso hacer algo más y se quedó como un cirujano general. A mis compañeros les infundió tal miedo que no me dejaban en paz. En cada guardia, cuando hacía las notas, se afanaban en que fuera a ver a los pacientes para borrármelas. Eso era irritante, obedecían las órdenes del médico. En cada guardia se desarrollaban regaños como el siguiente:

R-4: ¿Ya fuiste a ver al paciente del piso cuatro?
R-1: Todavía no.
R-4: - ¡Te lo dije hace tres horas!
R-1: [Pienso: me lo dijo hace diez minutos]. No, doctor, estaba terminando la nota que...
R-4: ¡No me contestes! ¡Eres una irreverente! ¡Ve rápido a revisar al paciente!

Te mandan de un lado a otro, no te dejan concentrar para que te equivoques y en la guardia tengas muchos pendientes, por ejemplo, no realizas una curación porque tienes que terminar una nota, cuestión que puede dañar al paciente. La última guardia que tuve, estaba muy cansada; en el pase de visita en Urgencias, el médico, para incomodarnos, hizo preguntas muy específicas sobre los pacientes de cirugía; como le respondí todo, se dirigió hacia una paciente que tenía hepatitis A, que había llegado un día antes y él mismo la atendió. Yo no estaba bien enterada de su situación, porque era una paciente que no nos correspondía. Y preguntó:

Adscrito: ¿Qué tiene esta paciente?
R-1: Tiene hepatitis A.
Adscrito: ¿Y a qué hora llegó al Triage?
R-1: No sé exactamente a qué hora llegó doctor.
Adscrito: ¿Ves cómo no sabes? Entregas la guardia pésima porque haces las cosas muy mal. Eso deja mucho que desear de ti. Y, además: me estás diciendo pendejadas hija, eso no me sirve. ¡No sabes entregar una guardia porque estás bien pendeja, te voy a correr! ¡De mi cuenta corre que te vas de aquí!

Así trata a los residentes delante de todos los pacientes de Urgencias. Al final de la guardia, le entrego la nota; su apellido no tenía el acento, lo que provocó que gritara que yo no servía, que dejara de hacerme pendeja y que me fuera a otro lugar. Y me sentenció: "Ya no te quiero ver".

> Yo aguanto el trabajo, pero los insultos y las groserías no. Así es imposible la residencia. Te pueden reprobar si no respondes o por "entregar mal" a los pacientes; incluso, cuando el trabajo lo haces bien, entonces te bloquean a través del insulto. Finalmente, lo acusé con el jefe de Cirugía. Comenté que es un médico grosero y que no nos enseña. El jefe me respondió: es que el doctor es así, y todos los años agarra a un residente para maltratarlo y hacerle la vida imposible, pero al final del año se porta bien. *En cirugía, hija, esto es así, tienes que acostumbrarte. Yo tengo que poner las sanciones que él me solicita.* Precisamente este médico solicitó que me quedara "guardada" todos los fines de semana durante tres meses, aparte de las guardias normales. Como no pueden romper el reglamento (que refiere que las guardias no deben de pasar de 36 horas), te hacen trabajar 35 horas, y tienes que regresar después que pase una hora. [202]

Quien porta un arma, en algún momento quiere usarla; quien tiene una posición de poder, también. El poder embelesa y no pocas veces trastorna a quien lo tiene, por eso, no sorprende que quienes tienen una posición de control sobre los compañeros la ejerzan en contra de éstos. No pocas veces los superiores molestan a los subalternos sin ningún otro fin que el de divertirse —en un guiño sádico— o repetir una práctica que se padeció en carne propia tiempo atrás, como si ello pudiera reparar una antigua humillación:

> Un R-4 que venía de la Secretaría de Salud del estado de Guerrero me enseña un video y me comenta orgulloso: mire doctora, como trato a mis residentes. El video muestra que mientras dormían los residentes él llega y los despierta a patadas y les dice: "Hay un paciente en Urgencias, bajen a valorarlo". Los jóvenes médicos se levantan y recorren cama por cama todo el Servicio de Urgencias mientras los graba todavía con los rostros somnolientos. Cuando le preguntan: "¿Cuál es el paciente?". Se empieza a reír y les responde: "No hay paciente". Entre los residentes que salen en el video hay uno de ellos que lo ve como diciendo: qué ganas de fastidiar, púdrete. Cuando le pregunto: "¿Qué sentido tienes que hagas eso?", el doctor contesta: "Pues que estén alertas, doctora". "Pues sí, pero ya no los dejaste descansar. "Ay, doctora, pues así me hicieron a mí".[203]

Las historias son similares en los hospitales de salud tanto de la Ciudad de México como de la periferia (Estado de México). Precisamente uno de los jefes de servicio del Hospital Rubén Leñero no quiso saber más de la práctica de cirugía general, por el estrés que le causaba desde que era residente. Más tarde, como médico cirujano adscrito a un hospital, le causaba demasiada ansiedad con-

[202] Fragmento de una entrevista a una residente del Sistema de Salud del Estado de México.
[203] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.

frontarse con pacientes gravemente enfermos o lesionados. El cambio de especialidad ocurrió porque decidió *cuidar sus coronarias*, expresión que es utilizada con frecuencia por los cirujanos para referirse a la tensión emocional que viven diariamente en el hospital. El recuerdo que tiene de su experiencia como residente no le agrada. La exigencia a la que fue sometido mediante el llenado de expedientes llegó a tal grado que, cuando escuchaba los pasos de la doctora (R-4) que subía por las escaleras, se ponía a temblar. Comenta que a él le tocó vivir el cambio de la máquina de escribir mecánica a la computadora, por lo que tuvo que aprender a manejarla, guardar los archivos, etc. Algunas veces la información se le perdía, lo que le provocaba estados de pánico. Recuerda también que una noche la impresora dejó de funcionar, precisamente en el momento en que tenía que entregar las notas: "En esas situaciones en las que eres insultado delante de todos los compañeros y las enfermeras, se vive mucha impotencia y pavor".[204] Como vemos, en las residencias médicas la jerarquía se hace valer independientemente de la condición de género (en este caso es una R-4 quien ejerce su dominio sobre un R-1).

FOTOGRAFÍA 85



Preparando el quirófano.

La competencia tenaz que se establece entre los residentes bajo el ideal del cirujano triunfante, de carácter sólido, capaz de enfrentar cualquier situación en cualquier hora del día, sin importarle otra cosa que no sea salvar la vida que tiene

[204] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

enfrente, llega hasta los quirófanos, en donde el residente de mayor jerarquía tiene la oportunidad de intervenir en las cirugías. Cada tipo de operación —si no hay complicación— tarda un tiempo promedio, de ahí que el personal médico y de enfermería observen el reloj y hagan toda clase de bromas y presiones: "Ya está envejeciendo el niño, doctor", le comenta una enfermera quirúrgica a un residente de Ginecología al que se le dificulta un parto. Las bromas pueden cumplir diversas funciones sociales como la de divertir a las personas, agredirlas, humillarlas o ponerlas a prueba. Una broma puede evitar o causar un conflicto; también pueden relajar el ambiente o endurecerlo. En este caso, no hay duda de que la broma tiene la intención de presionar y estresar aún más al médico mientras trabaja, e incluso trata de colocarlo en una posición vergonzosa, para el deleite de los espectadores. Por su parte, si el médico adscrito considera que se ha prolongado demasiado la operación, puede preguntarle al residente *si se lava las manos*, dando a entender que, si no resuelve pronto la cirugía, tendrá que entrar en su lugar para terminar el trabajo. Cuando un médico inicia el lavado de manos es porque desplazará al residente a cargo de la intervención. El sentido humorístico de la pregunta se convierte en un gesto de humillación.

Algunas bromas impuestas a los residentes tienen cierto tinte sexual y forman parte del repertorio de los rituales de iniciación del entrenamiento médico. El testimonio siguiente de una residente de Cirugía General (R-1) da cuenta de lo anterior:

> Durante una cirugía de urgencia, uno de los compañeros residentes me colocó varias pinzas metálicas y me colgó una bolsa de solución en el pantalón (esto se conoce como *kilos de ayuda*). Perforaron la bolsa para que se fuera mojando el pijama quirúrgico y con el peso del líquido se te bajaran los pantalones. A eso le llaman una *prueba de estrés*. Tu reacción es voltear y tratar de quitarte lo que te están colgando, porque de lo contrario se te caen los pantalones, pero no puedes hacerlo por cuestiones de higiene. Hay una complicidad entre anestesiólogos, enfermeras y residentes de mayor grado porque creen que con estas acciones están forjando tu carácter. Me decían: "Tienes que aprender a concentrar tu atención en la cirugía, no debes voltear a ningún lado, porque imagina cuando te llegue un trauma —paciente traumatizado— cómo vas a reaccionar, no te puedes distraer por nada". Así te condicionan.[205]

Quejarse institucionalmente de una situación como la anterior sería tanto como no ser parte de una comunidad ni aceptar sus reglas del juego. La franja entre el maltrato y la broma puede ser muy clara, por ejemplo, cuando el médico

[205] Fragmento de una entrevista a una residente de Cirugía General.

endoscopista conduce a una estudiante en la colocación de una sonda estomacal y repentinamente éste se sobresalta y emite un "uyyyy", como si la estudiante hubiera cometido un grave error, para reírse poco después de su rostro aterrorizado.[206]

Hay bromas entre estudiantes de humor negro, como la que cuenta un médico cuando trabajaba con los pies de un cadáver y se le ocurrió colocar un dedo gordo en la bolsa de la bata de una compañera, sin que ésta se diera cuenta. Al otro día no llegó a la escuela porque su madre había enfermado debido al impacto que le causó encontrar el dedo del pie en el momento de lavar la bata.[207] Las bromas cumplen también la función de liberar la tensión, de hacer reír al grupo o hacer más ligero un momento conflictivo; claro, siempre a costa de la víctima.[208] Acerca de este asunto, comenta una enfermera:

> Cuando un residente está operando y se encuentra muy cansado, suele pasar que algún compañero solicite a la enfermera circulante un *catwood*, un medicamento con un olor muy penetrante. Entonces, espera el momento oportuno para ponérselo en el rostro, con el fin de reanimarlo. También sucede que alguien le abra el pantalón y le coloque en los genitales una torunda (bola de algodón con alcohol) para que despierte.[209]

En síntesis, las bromas tienen diferentes funciones de acuerdo al momento social o institucional que se vive, por eso, algunas veces no pueden ser consideradas agresiones sin sentido alguno; también es cierto que en otras ocasiones las bromas son ofensivas y se consienten como parte de un ambiente en el que todos han pasado por ellas (como sucede en el hospital), y, por ende, se admiten para no pasar como intolerante o falto de sentido del humor ante el grupo.

La contrapartida del cirujano asertivo, de carácter sólido, fuerte, etc., es el estudiante endeble, de carácter pusilánime, que se quiebra a los primeros cambios de vida, que no merece estar en el hospital por quejoso y desleal a los principios de la institución, así como a las reglas del juego informal. En pocos días el R-1 comprenderá que las prácticas no reglamentadas son las que verdaderamente impregnan la dinámica del hospital. La lealtad no sólo es a los valores hipocrá-

[206] Notas del Diario de Campo.

[207] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

[208] "El humorista sabe perfectamente que la existencia humana es algo *esencialmente* difícil y doloroso. Su gesto de liberación no implica desprecio o burla. El humorista no es un cínico, ni pretende tampoco quedar a salvo del sufrimiento o del humor; sabe simplemente que la cosa es demasiado grave para hacer aspavientos". Jorge Portilla, *Fenomenología del relajo*..., *op. cit.*, p. 78.

[209] Fragmento de una entrevista a una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos.

ticos o la norma protocolaria, sino también a las pequeñas transgresiones, los códigos instituyentes. Éstos son más importantes para mantener el "espíritu del grupo" y lograr que se acepten como prácticas naturales las formas de control y dominación. El residente no debe flaquear, ni mucho menos ser un "soplón"; el relato siguiente es de una médica cirujana:

> En el Hospital Juárez hay un cuartito donde meten a los residentes, los regañan y les dicen de todo, lo peor. Ya que les dejan el ánimo por los suelos, les obligan a realizar todo tipo de actividades. En una ocasión un residente denunció por internet. Obviamente, todos se enteraron. Un día le obligaron a impartir una clase cualquiera y aunque afirmaba que no sabía del tema, le convencieron para que únicamente leyera las diapositivas. Las empezó a leer y de repente aparecieron los mensajes que había enviado por internet. Le interrogaron: Tú fuiste, ¿no? ¿Por qué no lo dices a todos de frente? Eres un maricón. El joven residente contestó: Discúlpenme, me arrepiento. Los viejos maestros del hospital le decían cosas como: "Venga usted, lo quiero ver de cerca porque en mi clínica no entra". Y nadie vio lo malo que denunciaba este estudiante.[210]

El que denuncia pone en cuestión los mecanismos de control que funcionan soterradamente; al hacer públicos estos poderes invisibles, se atenta con un modelo de trabajo sustentado en la explotación. Aquello que se obliga a no decir forma el núcleo que activa toda la organización hospitalaria.

Es obvio que muchos consideran los insultos, las humillaciones, los desvelos, como prácticas innecesarias que deberían ser denunciadas. No es así para los médicos superiores, que creen que esto forma parte de la disciplina que debe acatarse y, cuando se alude al tema, no les interesa hablar demasiado del mismo. Hay una tendencia a interpretar los discursos disidentes como si fueran defectos de carácter (débil, flojo, rebelde) y no como una serie de desacuerdos sobre la forma de educar. A veces, la frontera es delgada entre la disciplina, el sacrificio y el abuso de poder. Exhibir al delator supone que las reglas informales se deben acatar, porque su cumplimiento garantiza la formación del médico. El contenido crítico de la denuncia que pueda expresar cualquier residente es vuelto a significar como "desviación", una debilidad o una falta de carácter que tiene claramente un efecto estigmatizante.[211] La confesión y la disculpa por parte del inculpado fun-

[210] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.

[211] "[...] cuanto más éxito tenga un actor en cuanto aducir circunstancias atenuantes mejor podrá establecer que el acto no debe interpretarse como una expresión de su carácter moral; por el contrario, cuanto más responsable por su acto se le tenga, más plenamente lo definirá el acto ante los demás". Erving Goffman, *Relaciones en público...*, *op. cit.*, p. 124.

cionan como un atenuante y una defensa de su carácter ante los demás, aunque también es una manera de contribuir a naturalizar la dominación.[212] El montaje realizado por los médicos para exhibir al residente/denunciante cumple la función de un tribunal moral que juzga y condena, pero sobre todo fragmenta la solidaridad de los más explotados; asimismo, evita mediante la amenaza futuras insubordinaciones; dicho con otras palabras, es una puesta en escena que defiende una concepción de la enseñanza basada en la dominación jerárquica y el abuso. Comenta el antropólogo estadounidense James Scott:

> [...] lo importante es el espectáculo de la sumisión, y es en eso precisamente en lo que se insiste. En casi cualquier proceso de dominación, más importante que el castigo mismo, es el remordimiento, las disculpas, las peticiones de perdón y, en general, las reparaciones simbólicas [...] Lo que todos estos actores hacen es un *espectáculo de afirmación discursiva desde abajo,* y en ese sentido es aún más valioso porque contribuye a dar la impresión de que el orden simbólico es entusiastamente aceptado por sus miembros menos privilegiados.[213]

El escenario favorece la sanción colectiva, pero no la solidaridad entre la comunidad de los residentes que, en general, siguen viendo cada quien por su supervivencia institucional. La deserción de los residentes no se considera un fracaso para la institución, tampoco se evalúa como una pérdida de capital científico, ni mucho menos como una trayectoria de vida truncada, antes bien, la salida de un residente es motivo de cierto regocijo por el médico superior. Atrás de cada residente que abandona el hospital hay otro de mayor jerarquía que se jacta de ser quien propició la salida. Cada residente que se va porque simplemente no aguanta o tolera el maltrato representa el triunfo de los que se quedan. Como decíamos más arriba, funge así como un chivo expiatorio; su sacrificio une al resto de la comunidad.

Algunos médicos adscritos añoran la obediencia de antaño, puesto que, en la actualidad, uno que otro residente se ha quejado y defiende sus "derechos humanos". El joven médico que inicia la residencia en el hospital descubre que el cumplimiento al superior es absoluto; su mundo se circunscribe a las paredes del hospital; su lealtad, a la profesión; por eso el castigo físico, el insulto, la exclu-

[212] "Las instituciones invocan y deben invocar autoridad sobre el individuo, con independencia de los significados subjetivos que aquél pueda atribuir a cualquier situación particular. Debe mantenerse constantemente la prioridad de las definiciones institucionales de situaciones, por sobre los intentos individuales de nuevas definiciones". Peter Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social..., op. cit.*, p. 83.

[213] James C. Scott, *Los dominados y el arte..., op. cit.*, p. 84.

sión, las guardias a discreción, prevalecen. El miedo a la exclusión de la comunidad es un factor que mantiene el control sobre los educandos, puesto que es mejor pertenecer al prestigioso universo de los cirujanos —a pesar del exceso— a no ser nadie y cargar con la culpa. Pasar el examen de residencias médicas (con la probabilidad de ser aceptado en algún hospital) es uno de los mayores triunfos de un médico general. La salida del hospital equivale a un destierro simbólico de la persona. Todo por lo que luchó se viene abajo. Se resiste porque la meta es cumplir con una esperanza personal y familiar; abundan las historias de médicos que provienen del interior de la República apoyados por su parentela, que trabaja para mantener su carrera, por la creencia de que en un futuro cercano sacarán a flote a la familia. El esfuerzo económico que realiza la familia incluye las invitaciones —obligadas— a desayunar, la compra de un celular o computadora para alguno de los superiores jerárquicos. Desertar significa fracasar, permanecer implica llegar a ser, consagrarse como cirujano.

FOTOGRAFÍA 86



Fractura de pierna.

La lealtad es un hecho que se constata en los grupos e instituciones; forma parte de las reglas no escritas, pero férreamente acatadas por los integrantes. Es un valor sustentado en el secreto. Su contraparte es la delación; entre los grupos del crimen organizado y en el interior de las cárceles la frase "Ver, oír y callar" condensa esta práctica; el que delata, al que se le *sale el aire* —conocido como

"chiva" o "borrega"—, paga incluso con la vida. Esta lealtad adhiere al grupo en la complicidad y, como decíamos, es un fenómeno sociológico que conforma la identidad y el espíritu de las comunidades. En el medio hospitalario el secreto, así como la complicidad son compartidos por todo el grupo; cada uno de los actores es partícipe (incluso, por omisión) de prácticas que se pueden calificar como abusivas. Todo residente por encima del R-1 está comprometido a no denunciar. Una cirujana experimentada afirma: "Todos estamos manchados de la cara", es decir, todos participan, nadie se queda al margen ni puede alegar desconocimiento o inocencia.[214]

El residente que acusa, como vimos, es exhibido como un traidor ante el grupo, porque atenta contra las prácticas instituyentes. La exhibición al residente considerado chismoso forma parte de un *ritual de degradación* y también de *reparación* ante el agravio cometido; también es una forma de señalar, de estigmatizar al acusón como una persona de frágil carácter que se debe apartar del grupo hasta que demuestre con hechos y obediencia que es digna de pertenecer a la comunidad médica. Ventilar los problemas en el exterior del hospital se considera una traición, ya que, como afirmaba un cirujano, *la ropa sucia se lava en casa* (el mismo que le negó al equipo de investigación entrar a las reuniones del Comité de Bioética).

Lewis Coser comenta que la primera exigencia de la institución es la lealtad total, lo que supone una aceptación de las actividades informales; afirma que las denuncias a la institución equivalen a prácticas *herejes*.[215] De ahí que aquellos actores que protestan son separados y ejemplarmente reprimidos con el fin de evitar futuras divisiones. Recordemos que las instituciones ponen en marcha mecanismos para reafirmar la lealtad. En el hospital las denuncias más recurrentes son sobre los maltratos y abusos psicológicos; si bien es cierto que la línea entre la disciplina y el abuso es porosa, los funcionarios y los médicos de mayor jerarquía no aceptan ningún tipo de crítica por parte de los subalternos. La residente expulsada de un hospital del Estado de México atribuye su salida de la residencia a que denunció los abusos de la autoridad tales como gritos, insultos y humillaciones. Esta residente tenía una formación sólida, ya que procedía de una familia de médicos, con un ambiente económicamente resuelto y con cierta experiencia clínica y quirúrgica, al laborar en un hospital propiedad de uno de sus tíos. El

[214] La historia del despido de la nutrióloga que relatamos más arriba, quien quiso acabar con el robo de alimentos del hospital por parte de los trabajadores que laboraban en el servicio, culminó con la expresión "Aquí nadie tiene limpia la cara, aquí todos estamos cagados de la cara". Notas del Diario de Campo.

[215] Lewis Coser, *Las funciones del conflicto social*, México, FCE, 1961, pp. 79-80.

caso resalta ya que la residente descalifica las prácticas abusivas de la institución e incluso trata de modificarlas; está convencida de que una organización diferente de las guardias y un mejor cuidado de la enseñanza permitirían a los residentes obtener mejores resultados con los pacientes, con las notas médicas y en general en su desempeño, lo que posibilitaría aprovechar el tiempo para descansar y reponer sus fuerzas. Sus problemas como residente empezaron cuando cuestionó académicamente a sus superiores, pues había realizado una maestría y tenía cierta experiencia práctica; constantemente recibía severos regaños y la castigaban *guardándola*. La residente denunció ante los órganos internos del sistema de salud los hechos; en el momento en que este órgano investigó y entrevistó a sus compañeros, todos desconocieron las acusaciones. La residente comenzó a ser boicoteada por los compañeros de residencia, así como por sus superiores: notas desaparecidas de su computadora, desmentidos, cargas de trabajo excesivas, amenazas e insultos, con la finalidad de obligarla a renunciar. Cuando la Secretaría de Salud resolvió cambiarla de sede, el hospital donde residía ya la había dado de baja por "ausencias". La exclusión institucional equivale a una pequeña muerte social. La residente fue expulsada por *borrega*. Su salida se justifica y se hace efectiva en todos los hospitales al "ser boletinada" (mecanismo de radio/pasillo) entre los directivos. El residente *chismoso* es "quemado institucionalmente" ante el gremio médico como elemento rebelde y herético. La lealtad hacia el grupo y la institución es un valor inquebrantable; si bien la permanencia es voluntaria, todo apunta a que los casos de deserción por cargas de trabajo y las prácticas informales del gremio terminan por ser parte de un *rito de pasaje fallido*, algo así como una prueba de sacrificio y conocimientos no superada.

Decíamos que la trayectoria de los residentes para adquirir una especialidad es relativamente rápida, ya que se lleva a cabo en cuatro años. Dentro del primer año, se pasa de un estado de explotación y sometimiento a otro en donde son mayores los privilegios. Una vez que el especialista ha egresado y trabaja en algún hospital, el tiempo pasado no se toca; no hay ajuste de cuentas y nadie se atreve a reprocharles a sus antiguos profesores su despotismo; quien lo hace, recibe como respuesta que gracias al trato recibido aprendió y logró terminar, por lo que, en lugar de reclamar, debería de estar agradecido. Cuando el médico ingresa al hospital es reconocido por todos los viejos profesores como un colega más, es decir, como parte de una familia:

> Cuando llegué a trabajar como médico adscrito al Hospital Magdalena de las Salinas, me encontré con un profesor que fue mi maestro en el Hospital de Xoco; me recibió diciéndome: doctora González, bienvenida. Aquí todos somos una familia quirúrgica y lo que necesites estoy a tu cargo. Ahora, al fin, éramos compañeros y

> sentí muy bonito. Pero al mismo tiempo pensaba: ¿por qué cuando fue mi maestro me exigió tanto y me estafó? Te dicen que la enseñanza es laica y gratuita, pero la verdad es que realmente te cuesta mucho.[216]

Se pasa así de la posición de estudiante residente a la posición de médico especialista en menos de un lustro. Durante ese lapso de tiempo el residente experimenta un periodo de capacitación intensiva en la práctica médica (principalmente a partir del segundo año) a fin de obtener las competencias que le permitan desenvolverse como cirujano. El tema no sólo se relaciona con la responsabilidad en el nuevo rol, sino también con la transformación del carácter, la adquisición de técnicas y habilidades corporales, la capacidad de mando y de decisión para sostenerse en el nuevo lugar asignado. El cambio que experimenta el médico residente es de naturaleza estructural, social y subjetiva.[217]

Transitado el rito de pasaje, prevalecerán los rituales de apoyo que se manifiestan en la atención de igual a igual. Goffman dice que son "rituales de ratificación que se ofrecen para y a un individuo que ha modificado de algún modo su condición, su apariencia, su categoría, certificación, en resumen, sus perspectivas y orientación de la vida".[218] Y estos rituales de reconocimiento reproducen los patrones de autoridad que se incorporan, como parte de una trayectoria institucional, a través de infinidad de interacciones que fortalecen las estructuras institucionales de dominación, como lo declara una médica cirujana durante una entrevista:

> Mis lágrimas son muestra de que hay marcas que en algún momento me lastimaron; uno aprende a imitar porque llegas a admirar. Cuando te das cuenta ya te convertiste en uno de ellos y nadie te lo dice. Lo afirmo porque yo me convertí en una desgraciadísima y traté mal a los residentes. Cuando salí a trabajar a otra institución me di cuenta de que lo que haces no está bien. Es cierto que en este hospital te enseñan que puedes resolver todo: que eres lo más chingón, pero no tienes que ser un patán para demostrar tu poder, tu capacidad resolutiva.[219]

La intimidación y el miedo explican en buena parte la obediencia. Nadie quiere ser expulsado de un lugar al que le ha costado mucho esfuerzo llegar.

[216] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.

[217] "[...] cada 'rol' brinda acceso a un sector específico del acopio total de conocimiento que posee la sociedad. No basta con aprender un 'rol' para adquirir las rutinas de necesidad inmediata que requiere su desempeño 'externo'; también hay que penetrar en las diversas capas cognoscitivas y aun afectivas del cuerpo de conocimiento que atañe a ese 'rol' directa o indirectamente". Peter Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social..., op. cit.*, p. 99.

[218] Erving Goffman, *Relaciones en público..., op. cit.*, p. 82.

[219] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.

La contraparte de la dominación es la obediencia o la resistencia; la obediencia también puede ser una estrategia de supervivencia, aunque reproduzca el sistema de control. Es pertinente recordar lo que dice el antropólogo estadounidense James Scott sobre el discurso de la dominación y de la resistencia, a propósito de los esclavos negros de Estados Unidos, porque es acorde con las relaciones de poder protocolarias que se reproducen dentro del hospital:

> No cabe duda de que el poder impone a la fuerza las apariencias que los grupos subordinados deben adoptar; pero eso no impide que éstos las usen como un instrumento de resistencia y evasión. Hay que señalar, no obstante, que por esta evasión hay que pagar el alto precio de contribuir a la producción de un discurso público que *aparentemente* reconfirma la ideología social de los dominadores. Los subordinados hacen reverencias y venias, dan la apariencia de ser respetuosos, de ser amables, de saber cuál es su lugar y de aceptarlo, indicando con ello que también saben y aceptan el lugar de sus superiores.[220]

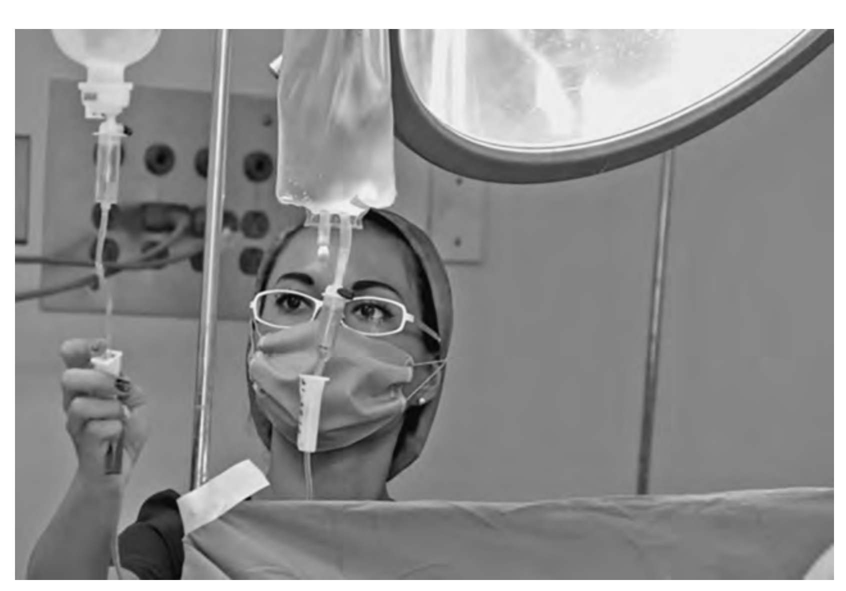
La reverencia al maestro es generacional y se conserva independientemente del tiempo que pase. El médico adscrito respeta a su viejo maestro cuando participa en su cátedra como invitado. De igual forma, el residente —de acuerdo a su nivel— lo hace con su superior jerárquico. Los residentes no responden a los gritos, antes bien los aceptan con el rostro imperturbable; igualmente, los golpes que reciben con una ligera y dolorosa sonrisa. Los más temerarios pagan las consecuencias con la humillación grupal o la exclusión institucional. El encierro hospitalario expone a los residentes a una serie de rituales de degradación a veces tan sutiles que son imperceptibles o se confunden con el funcionamiento y la disciplina del hospital; por ejemplo, las jerarquías se admiten como parte de una división natural del trabajo, de acuerdo al conocimiento y la experiencia adquirida en el tiempo. Pero esta división por acumulación de conocimientos admite la asignación de otras tareas y actividades que se reparten de acuerdo con la condición de género, o con lo agradable o desagradable que son. Difícilmente un cirujano asea a un enfermo, realiza una curación de un "pie diabético" o le coloca el pijama quirúrgico y los guantes al colega; tampoco está para limpiarle el sudor a otro o que se limpien con su ropa. Muchos de estos detalles no son percibidos como elementos de distinción jerárquica por parte de los residentes y, cuando se les señala, comentan que son normales. Sin embargo, algunos residentes se interrogan hasta dónde la disciplina, el control y el maltrato son algo necesario para su formación. Los gestos que marcan una distinción al mismo tiempo son exhi-

[220] James Scott, *Los dominados y el arte..., op. cit.*, pp. 58-59.

biciones de apoyo o ratificación de un vínculo emocional, de una conducta ritual y social, pero también jerárquica. Al respecto, comenta Erving Goffman:

> Dos individuos que se van acercando entre sí se orientan frontalmente. Sus miradas se tropiezan durante un momento en comunión, brillan los ojos, se comunican expresiones sonrientes de reconocimiento social y se mantiene brevemente una nota de placer. Muchas veces los saludos afirman también una asignación diferenciada de condición, al establecer específicamente que el subordinado sigue estando dispuesto a mantenerse en su sitio (por ejemplo, la práctica militar estadounidense obliga al subordinado a ser el primero en saludar y a seguir en posición de saludo hasta que el superior se lo ha devuelto).[221]

Fotografía 87



Regulando medicamento.

Que el R-4 se limpie los mocos o el sudor en el pijama quirúrgico del R-1 mientras opera parece un gesto normal para todos, incluso para este último, que lo acepta sin cuestionar, como es incuestionable que el día anteceda a la noche. No obstante, el R-4 jamás haría lo mismo con una enfermera o su superior jerárquico, lo que supone el reconocimiento —inconsciente o no— de un campo estructural de distinciones. El gesto de limpiarse con el R-1 y la disposición de este último a ser utilizado como pañuelo pueden leerse como un hecho de recono-

[221] Erving Goffman, *Relaciones en público...*, *op. cit.*, p. 89.

cimiento, vale decir, que el R-1 forma parte del equipo de cirujanos, que existe, es decir, que es tomado en consideración y además es colaborativo con el R-4, quien ve así ratificada su condición de superioridad; seguramente ese mismo gesto, en un futuro cercano, será devuelto a otro por el R-1, cuando suba el siguiente escalón. En pocas palabras, el gesto es una forma de comunicar, de establecer una relación institucional y, por ende, de afirmar una relación entre médicos en donde uno de ellos —en este caso el R-4— abre la puerta del quirófano (y de la cirugía), para que otro —el R-1— pueda acceder a éste. El gesto —por más agresivo que parezca al observador externo— tiene pertinencia situacional, es decir, está formalizado, ya que se sabe cuándo debe realizarse y con quién.

Los procesos de transmisión de la enseñanza son paralelamente momentos de intercambio y, por ende, de deudas y obligaciones. El educando tiende a admirar a sus superiores jerárquicos y, desde el momento en que pisa el hospital, se le hace sentir que está en deuda con ellos y con la institución. Los conocimientos que se adquieren en el hospital difícilmente se podrían obtener en otro lugar. Para los residentes es un *don inestimable* el conocimiento que reciben de sus profesores y médicos superiores: será para toda la vida, y, por obtenerlo, todos los sacrificios afrontados valen la pena. En retribución, el graduado en alguna especialidad transmitirá del mismo modo sus conocimientos y habilidades a las nuevas generaciones. Esto explica en parte la sumisión y la lealtad a la medicina como institución, así como la persistencia de los procesos de intercambio aparentemente desiguales y de distinto orden (económico, sexual) que se establecen en el interior del hospital.[222] El escenario más común es la reproducción y la naturalización de la dominación, consecuencia de esta internalización de la culpa y la deuda ante el superior que se transforma en respeto, como dice Pierre Bourdieu:

> [...] la obligación que empieza a correr desde el momento en que el acto inicial de generosidad se ha llevado a cabo y que sólo puede ir en aumento a medida que el reconocimiento de deuda, siempre susceptible de ser saldada, se va transformando en reconocimiento incorporado, en inscripción en los cuerpos —en forma de pasión, amor, sumisión, respeto— de una deuda imposible de saldar y, como se dice a menudo, eterna.[223]

[222] "[...] para que la dominación simbólica se instituya, es necesario que los dominados compartan con los dominantes los esquemas de percepción y valoración según los cuales son percibidos por ellos y según los cuales los perciben, es decir, es necesario que se perciban como son percibidos. En otras palabras, es necesario que su conocimiento y reconocimiento se fundamenten en disposiciones prácticas de adhesión y sumisión que, como no pasan por la deliberación y la decisión, escapan a la alternativa del consentimiento y la coerción". Pierre Bourdieu, *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama, pp. 260-261.

[223] *Ibid.*, p. 260.

La dinámica de la institución hospitalaria opera bajo este escenario de control que no podría explicarse sin el secreto. La lealtad y la traición son dos caras de la misma moneda y el rostro que muestra ésta depende de acatar o no el secreto. La residencia no únicamente es una experiencia de aprendizaje práctico insustituible, es también una vivencia emocional que deja marcas indelebles en la memoria del sujeto que tiende a culpabilizarse, debido a que no reconoce plenamente la presión que ejerce la estructura institucional sobre su persona. El siguiente recuerdo es de un médico cirujano:

> El único tratamiento cuando se diagnostica la apendicitis, es quirúrgico; no se cura con medicina o analgésico. En el libro de *El médico*, de Noah Gordon, hablan de "el mal del costado" que puede ser una apendicitis o un quiste de ovario. Cuando al paciente le duele el abdomen, para el médico es un misterio; el abdomen es una caja de Pandora. Cuando se complica una apendicitis, se tiene que cortar el intestino grueso y se puede perder hasta la mitad de éste. Hay un rango de error normal, porque es muy difícil ver las complicaciones. El cirujano tiene que determinar si interviene por un cuadro de apendicitis, no obstante, puede encontrar mil cosas más. Cuando era R-3 y jefe de residentes, a un compañero de otra especialidad le dolía el costado y estaba estreñido. Se decidió operarlo. Ya en el quirófano, me dirijo al responsable y le digo: maestro, ¿línea media? (línea media da oportunidad de ser más versátil en las maniobras quirúrgicas, y se realiza por si no es apendicitis). Y me respondió que no, que realizara una incisión de Mac Burney (que es un corte lateral). Entramos, sacamos el apéndice y ¡estaba sano! La causa del dolor era un divertículo, que es una hernia, como un saquito del intestino. No podía trabajar bien y le insistí a mi superior si podía hacer la línea media, pero se molestó. Se reventó el divertículo y mi compañero murió. Si hubiera hecho la incisión media, habría trabajado más rápido, sin complicaciones y le hubiera salvado la vida. El adscrito no acepta que un R-3 le diga lo que se tiene que hacer. Pero en realidad, se deben tomar las mejores decisiones con base en el dominio de las técnicas quirúrgicas. Si no eres hábil para entrar por un lado, entras por otro. Pero mi maestro me lo prohibió. Tal vez yo pude tomar la decisión, pero significaba jugarme mi carrera. Ahora, lo que me queda en la memoria, es la vida del compañero con el que había compartido la residencia durante dos años: desayunábamos, comíamos juntos y sobre todo depositó en mí su confianza. Tienes ese código de no evidenciar al maestro. Tengo la foto de cuando recibimos el diploma de especialistas. El diploma se le entregó a su hermano y cuando lo vi, pensé chin... lo traes, es algo que se queda dentro de ti.[224]

Destaca este testimonio del médico cirujano que narra su experiencia como R-3; la rigidez de su entonces maestro que, a pesar de ser el responsable de la intervención quirúrgica, no admite sugerencia alguna, con las consecuencias trá-

[224] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

gicas descritas. El *imperativo de obediencia* funciona como una *fuerza irresistible* en el subordinado, ante la posibilidad de verse expulsado de la comunidad médica. El respeto por las jerarquías recrea la atmósfera emocional del hospital, independientemente de la ética médica. Sociológicamente, el secreto puede imprimir una cierta dinámica a la institución; en las comunidades estudiadas por los antropólogos se relaciona con lo sagrado, la hechicería o lo mágico. En las instituciones actuales la diversidad de prácticas informales se alimenta de la colusión y el silencio. El mandato de guardar silencio, que se expresa en "tener" que obedecer "ese código para no evidenciar al maestro", al paso del tiempo acabó en nuestro informante como un mal recuerdo que retorna —en calidad de deuda simbólica— como una triple autoincriminación: la de no delatar a su maestro, la de no actuar de manera adecuada para salvarle la vida a su amigo y la de no dominar la técnica quirúrgica propuesta por el médico responsable. La fuerza de la frase: "Lo que pasa en el quirófano, se queda en el quirófano", —similar al "Ver, oír y callar" del mundo de los penales—, adquiere toda su fuerza en estas situaciones comprometedoras.[225]

Hay varias formas de enfrentar el malestar cuando un paciente muere o evoluciona mal. Una de ellas es construyendo un discurso justificatorio que de alguna manera "neutralice" el efecto emocional de lo sucedido, restando toda responsabilidad sobre el desenlace y transfiriendo esta responsabilidad al paciente: "Ya venía muy mal", "Yo no lo baleé", "El paciente no respondió". Es una manera de simbolizar el hecho traumático. Otra es reflexionar sobre el acontecimiento y sacar un conocimiento positivo, que sirva como experiencia futura. Como vimos con anterioridad, existen mecanismos institucionales para llevar a cabo el análisis de los casos clínicos complicados o inesperados, como los comités de Mortalidad, Bioética o los llamados "casos cerrados".

Los conflictos son dinámicos y quienes son mortificados elaboran sus estrategias de supervivencia o formas de adaptación por medio de ajustes "secundarios", es decir, a través de la sumisión estratégica, la infantilización, la identificación con la autoridad o la resistencia soterrada.[226] Se obedece y se resiste de múltiples

[225] Para Goffman, el secreto impuesto por parte del grupo o la institución no se fundamenta en el miedo, "si bien este temor desempeña algún papel al mantener oculto el 'cuadro interno' de cualquier burocracia, se debe asignar mayor importancia a una de las características de la estructura informal en sí. Porque la estructura informal está al servicio del importante papel que consiste en proporcionar un *canal de trampas* de las reglas y métodos de procedimiento formalmente prescritos". Erving Goffman, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu, 1997, p. 57.

[226] "[....] cuanto más grande sea la desigualdad de poder entre los dominantes y los dominados y cuanto más arbitrariamente se ejerza el poder, el discurso público de los dominados adquirirá

formas dentro del hospital, aunque con muy poca incidencia práctica sobre una realidad institucional que se sigue reproduciendo sobre las bases de un poder incuestionable. La adhesión a la institución es total no importando la familia del residente, quien entrega su tiempo a la institución; desde el primer año, éste es adaptado a la lógica del modelo de internamiento hospitalario. El educando reconfigura sus hábitos, así como sus sentidos; realiza infinidad de sacrificios hasta su consagración como cirujano.

FOTOGRAFÍA 88



Monitoreando.

Ante esto, ¿cómo se percibe la salida del hospital por parte del residente, que ha vivido durante cuatro años en el lugar? El ahora especialista necesita trabajar en algún otro hospital, el lapso entre su egreso y la contratación se vive con ansiedad. No únicamente porque no se tiene trabajo, sino también *porque se deja de ejercitar el cuerpo en la práctica quirúrgica*. Este apego a la institución se ve con claridad —también con cierto dramatismo— en los médicos jubilados. El médico especialista que le brinda su vida al hospital termina colonizando en éste. Como en muchas otras profesiones, la jubilación del médico institucionalizado no es fácil. Los testimonios de los cirujanos jubilados así lo constatan.

> El doctor Jorge González Rentería, cirujano plástico con subespecialidad en cirugía de manos, rebasa los noventa y cuatro años de edad y continúa laborando en el

una forma más estereotipada y ritualista. En otras palabras, cuanto más amenazante sea el poder, más gruesa será la máscara". James Scott, *Los dominados y el arte…, op. cit.*, p. 26.

> Rubén Leñero. Aunque ya no cuenta con un puesto formal, ya no ingresa al quirófano y ya no es titular de la cátedra universitaria que tuvo por décadas, llega con regularidad a las clases y se le ve caminando por las instalaciones del hospital, platicando con los colegas y alumnos. El doctor González Rentería se adjudica la pertenencia a la generación que alguna vez "salvó al Rubén Leñero", consiguiendo años atrás, recursos con las autoridades para evitar así su cierre. Se refiere constantemente al Rubén Leñero como *su hospital*. El doctor recuerda sus viejas glorias, presumiendo sus libros publicados y las técnicas en reconstrucción de mano que inventó y enseñó por muchos años y que, según dicen sus exalumnos y hoy colegas, ya están rebasadas. Maestro de los actuales cirujanos plásticos, en ocasiones ingresa a la clase y toma el papel central. Aunque el doctor ya no está en condiciones de operar, no dejan de brindarle cariño y respeto. En el universo de la medicina, donde los cambios suceden día con día, las nuevas generaciones empujan y hoy el tiempo del doctor González Rentería, ha quedado atrás. Al doctor se le dificulta mucho retirarse del hospital. Si se le pregunta por qué no se jubila, el doctor responde con un aire de reclamo: ¿Y qué voy a hacer, irme a contemplar la vida y descansar en mi casa? La institución lo reconoció poniéndole su nombre a un auditorio; acudió a su inauguración el jefe de gobierno de la Ciudad de México. Aquel día, el doctor sonriente, apoyado por dos jóvenes mujeres, participó en la ceremonia, develando la placa. Al siguiente día, todo había vuelto a la normalidad. Uno de sus alumnos —un especialista consagrado— reconoce que el cirujano no tiene un plan de jubilación: "El cirujano siempre está en la batalla: *de la facultad a la tumba*".[227]

Algunos jubilados no se separan tajantemente de la institución: la visitan, rondan por sus alrededores, saludan a los médicos, desayunan en la Escuela Superior de Medicina, etc. *Ya no estás, pero te niegas a aceptar que ya no estás*, comenta un cirujano. La nota de campo siguiente se relaciona con un fenómeno que quizá se reproduce de forma similar en algunas otras instituciones, que es el de *institucionalizarse,* es decir, el de otorgar sentido a la vida a través de una práctica mediada por una organización que brinda identidad y pertenencia al agente:

> Los jubilados y la lucha contra el olvido. Para muchos médicos su vida es el hospital. Hay jubilados de varias clases. Algunos son funcionarios, la mayoría proviene del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde trabajaron como médicos por más de tres décadas. Otros continúan ejerciendo la profesión en alguna clínica privada. Hay quienes se resisten al destierro institucional. Son octogenarios de caminar encorvado y movimientos lentos, que han perdido sus habilidades y su pres-

[227] "El doctor Jorge González Rentería murió en 2018, mientras se redactaba este trabajo". Notas del Diario de Campo.

tigio. Desayunan en la Escuela Superior de Medicina ubicada frente al hospital. Se les ve rondando la institución con algún expediente bajo el brazo, en nombre de la Asociación de Amigos y Jubilados, esperando ser recibidos por algún funcionario. Ellos caminan por los pasillos del Rubén Leñero, se asoman en alguno de los servicios, platican brevemente con los colegas que los atienden por condescendencia. El personal les manifiesta su reconocimiento, pero a sus espaldas los consideran un estorbo.[228]

Regresando al tema de la formación del residente, éste adquiere su identidad a partir del grupo y del ambiente médico institucionalizado, como un soldado que forja su identidad en la institución militar. La práctica médica tiene su razón de ser en el hospital; ahí el médico ofrece consulta externa, come, interviene quirúrgicamente, descansa, ve a sus pacientes hospitalizados, conversa con ellos, platica con los colegas y asiste a algunas juntas administrativas, así como a las exposiciones de casos clínicos que cada semana presenta alguno de los servicios. Los jefes de servicio imparten clases en el centro escolar o dentro de sus espacios; acostumbran atender en algún consultorio externo o trabajar en algún hospital privado fuera de su jornada laboral. En ocasiones asisten, a congresos especializados.

* * *

[...] el internado y la residencia pueden considerarse como una prolongación de la enseñanza académica, en la que el médico neófito continúa adquiriendo conocimientos y realiza progresos técnicos. Pero es diferente de la enseñanza de la Facultad en cuanto debe adquirir nuevos conocimientos organizacionales e interpersonales. La enseñanza del postgraduado suele tener lugar en un contexto institucional distinto, es decir, en un ambiente de trabajo médico más que uno de enseñanza médica; y esto le obliga a la readaptación de su rol en su relación con los demás, tanto con los subordinados como con los superiores, y al desarrollo de nuevas relaciones interpersonales.

Sociología de la medicina
Rodney Coe

Anteriormente describimos las formas de dominación hacia los residentes; particularmente, los que inician el primer año del internado. La más presente, por su carácter institucionalizado, es la del uso de la fuerza de trabajo a cambio de una beca/salario. Los residentes ingresan a una dinámica absorbente que demanda que trabajen intensamente, no sólo por la gran cantidad de usuarios que tie-

[228] Notas del Diario de Campo.

nen que atender sino también por las labores académicas y de aprendizaje que deben realizar acatando las jerarquías institucionales. Bajo este ambiente, los superiores explotan a los educandos a cambio de su conocimiento y enseñanza (puesto que el monto monetario es mínimo). Los ritos de ordalía informales reproducen los mecanismos de control y dominación a través del insulto, las humillaciones, las guardias, la explotación económica, la exclusión institucional, etc., disfrazados de disciplina, orden, conocimiento, asertividad. Estos mecanismos operan porque los dominados obtienen en el corto plazo la promesa de reconocimiento y movilidad institucional; los maestros son el ideal a seguir, el modelo ejemplar de éxito. Los conocimientos tienen un costo que se paga con la obediencia y expoliación.[229] El estatus dentro del hospital se debe "ganar" en función del trabajo realizado, el conocimiento adquirido, la disciplina y la obediencia mostrada, pero todo esto se realiza en un ambiente donde el sacrificio es lo más importante. El hospital es el medio para llegar a ser un especialista acreditado, pero un medio que coacciona y humilla por distintos flancos. Los residentes, en calidad de mano de obra barata, saben que son explotados, pero también quieren ser como sus profesores porque, como mencionamos, los admiran. El intercambio entre un profesor y un residente o entre estos últimos es desigual, porque desiguales son las jerarquías. Invitar el desayuno a todo un grupo de personas, salir a comprar una botella de licor a mitad de la noche, intercambiar favores sexuales, etc., forma parte de un complejo sistema de prebendas que no se puede explicar únicamente por el poder que ejercen unos sobre otros. La práctica médica, realizada sobre la base de los conocimientos sobre el cuerpo, contiene un cierto halo de misticismo, pues se suspende en los umbrales de la vida y la muerte; su saber se traduce en poder.

El sistema de intercambio de dones y contradones es complejo y depende de los lazos de amistad, dependencia, control y solidaridad. Se trata de una serie de canjes que obligan a las partes a aceptar los pactos y reproducirlos en un marco de participación institucional en donde se mezclan la filantropía médica, la enseñanza universitaria, el dolor de los pacientes, la naturalización de las jerarquías

[229] "Fruto de una incorporación de una estructura social en forma de una disposición casi natural, a medida con todas las apariencias de lo innato, el *habitus* es la *vis insita*, la energía potencial, la fuerza durmiente y el lugar donde la violencia simbólica, en particular la que se ejerce mediante los performativos, deriva su misteriosa eficacia. Asimismo, constituye el fundamento de una forma particular de eficacia simbólica, la 'influencia' (de una persona —'las malas influencias'—, un pensamiento, un autor, etc.), a la que a menudo se le adjudica el papel de virtud dormitiva, pero que pierde todo su misterio en cuanto se relacionan sus efectos con las condiciones de producción de las disposiciones que predisponen a padecerla. De manera general, la eficacia de las necesidades externas se apoya en la eficacia de la necesidad interna". Pierre Bourdieu, *Meditaciones pascalianas, op. cit.*, p. 223.

FOTOGRAFÍA 89



Team Back.

y la práctica quirúrgica.[230] El hospital es un lugar en donde los residentes viven la explotación junto con la ilusión de éxito y poder. Como afirma Pierre Bourdieu, "el capital simbólico proporciona formas de dominación que implican la dependencia respecto a aquellos que permite dominar: en efecto, sólo existe en y por medio de la estima, el reconocimiento, la fe, el crédito y la confianza de los demás, y sólo puede perpetrarse mientras logra obtener la fe de su existencia".[231] Sin duda, existen por parte de los residentes una admiración y una atracción hacia sus superiores combinados con sentimientos hostiles y de rechazo. ¿Por qué los residentes no se rebelan?, es una pregunta interesante, porque hablamos de profesionistas que sufren una "mortificación del yo" sistemática. Una explicación sociológica sobre la desobediencia es la que apunta al problema del agravio moral, que rompe el pacto de convivencia (más allá de que éste sea justo o equilibrado).[232] La res-

[230] "[...] por un lado, el obsequio se siente (o pretende sentirlo) como rechazo del interés, del cálculo egoísta, y exaltación de la generosidad gratuita y sin reciprocidad; por otro lado, nunca excluye del todo la conciencia de la lógica del intercambio ni, por ende, el reconocimiento de los impulsos reprimidos que lo acompañan ni, intermitentemente, la asunción de otra verdad, denegada, del intercambio generoso: su carácter coercitivo y gravoso. De donde surge la cuestión, central, de la *doble verdad* del obsequio y las condiciones sociales que posibilitan lo que podría describirse (de forma harto inadecuada) como autoengaño, individual y colectivo". *Ibid.*, p. 252.

[231] *Ibid.*, p. 220.

[232] Véase Barrington Moore, *La injusticia: bases sociales de la obediencia y la rebelión*, México, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, 1989.

puesta se encuentra en la dinámica hospitalaria que confronta y fragmenta a la comunidad médica, bajo la idea de la supervivencia del más capaz y trabajador. Lo que impide que exista un movimiento de protesta organizado por parte de los residentes es la posibilidad de ascenso de rango en muy poco tiempo, es decir, cuando se logra aprobar el primer año escolar. El paso de R-1 a R-2 ya invierte la relación de obediencia sobre los recién ingresados. Recordemos que la mayor carga de trabajo y explotación la recibe el R-1. Curiosamente, cuando se le pregunta a un R-1 cuánto tiempo lleva en el hospital, responde no con los días que ha laborado sino con aquellos que le faltan ("me faltan nueve meses para concluir"). Esto puede leerse como parte del sufrimiento al que se ve sometido, pero también puede interpretarse como la contabilidad de los días que restan para cambiar de rango institucional.


FOTOGRAFÍA 90



Doctor Gerardo Mafara y residente.

Las formas de dominio tienen su correlato en las prácticas de resistencia. En las instituciones totales se mortifica el "yo"; en respuesta, los sujetos "se adaptan" al encierro forzado, infantilizándose, apoyando a la autoridad o rebelándose. Los internos se benefician de la institución al conocer cada vez más el espacio y los objetos y materiales que los rodean, y asimismo, se familiarizan cada vez más con el personal con el que pueden entablar cierta confianza a fin de sacar el mejor provecho posible de ello. Existe, además, un discurso defensivo que se expresa en los chistes que se cuentan durante las guardias, en las maldiciones entre dien-

tes, etc. Todo ello forma parte de las técnicas de resistencia, por muy precarias que éstas sean.

> *Ante un "¿cómo amaneció doña Luisa, la laparotomía del lunes?", respondía para mí mismo, como si mi maestro en turno pudiera oírme: "Pinche viejo, su enferma se está muriendo"; monólogo sin respuesta, claro, para luego en voz alta, decir: "Maestro querido, la herida está dehiscente, el apósito muestra datos de bacilo piociánico y la enferma tiene 39° C". Respuesta escueta en que la clave del futuro está en código cifrado".*
>
> *El adivinador de lo cierto*
> Federico Ortiz Quesada

La falta de descanso es una de las situaciones que más padecen los residentes; por eso aprovechan para dormir unos minutos en algún lugar fuera de la mirada de los superiores; las fotos que circulan en internet y lo observado en el hospital revelan que cualquier espacio es bueno para descansar: abajo del mobiliario, en las camillas, en las salas de espera, en las bodegas de materiales médicos, sobre los escritorios, en el piso, etc. Vimos que las rotaciones y guardias son justificadas porque forman parte de la enseñanza médica del residente, *que debe dar seguimiento a la evolución del paciente* y conocer el tratamiento el diagnóstico para enfrentarse así con la complejidad de la enfermedad. Quedarse de guardia en el hospital los días festivos o fines de semana tiene por objetivo manifiesto atender las urgencias que puedan llegar y prestar atención a los pacientes hospitalizados, no obstante, las guardias cumplen la función oculta de castigar a quienes incumplen con las tareas. Habla una residente de cuando cursaba el primer año del internado en cirugía, en un hospital de salud pública del Estado de México:

> La experiencia como R-1 fue peor que cuando realicé el internado. Yo aguanto las jornadas de trabajo, eso no me pesa, lo que pesa es el ambiente; que trabajes varios días sin dormir y llegue un R-3 y te diga: "Eres una buena para nada, no sirves, eres una inútil, tu trabajo no me satisface". La descalificación es todo el tiempo. Al principio no me afectaba tanto porque, creía que era la manera de presionarnos, pero cuando se vuelve un propósito es porque te quieren lastimar. Muchas veces me puse a llorar. Y a la fecha, si me acuerdo, me pongo a llorar. Un día que terminé la guardia, estaba despeinada, sin maquillaje. Entré al quirófano y cuando salí me dijo un doctor "qué diferente te ves, se nota que eres la próxima en irse porque no vas a aguantar". Tres días sin dormir, haciendo el trabajo lo mejor que puedes y que llegue un güey y te diga eso, es terrible. Le decía a una de mis amigas, después de echarle tantas ganas este güey me arruina el día. Trataba a toda costa de complacer

a todos. Y es lo que hace el R-1, complacer a todos. Te dicen toda clase de ofensas y te preguntas ¿para qué estoy aquí, Dios? Después ya no es una persona, sino que son todas, los R-3, los R-2. Una vez la R-3 estaba parada atrás de mí, con el adscrito que había llegado a gritarle porque yo había hecho la nota mal, y que no podía irse a dormir si no vigilaba a su R-1. La puso como chancla, no la insultó, pero sí le dijo que su trabajo era vigilarme y que no podía ir a dormir mientras sus R-1 no aprendieran a hacer su trabajo. Cuando se fue el doctor, ella empezó a levantarme la voz y me dijo: "No puede ser que en estas tres semanas que llevas no hayas aprendido a realizar una triste nota y, si me regañan a mí, entonces tú pagas al triple o al cuádruple. Te vas a quedar guardada tres días por hacer mal esta nota y no tengo por qué estar atrás de ti enseñándote cómo se hace, cuando ya te enseñé una vez. Si vas a ser una incompetente, dímelo de una vez. Por tu culpa todos vieron cómo me regañaron y esto va a tener repercusiones". Fue una regañiza como de hora y media. Mientras lloraba no por tristeza, sino de coraje, porque no podía decir que estaba aprendiendo; no podía parar de llorar y eso me frustraba aún más. Ella les dijo a todos sus pares, los R-3 y los R-4 que la habían regañado por mi culpa. Otros compañeros que se equivocaron eran reprendidos por los R-3 y R-4 y les fue peor. Alguna vez le dije a esta residente que nos enseñara a poner catéteres y no quiso porque en realidad no sabía. Ella era de lo peor con nosotras, pero también la trataban muy mal porque académicamente dejaba mucho que desear. La castigaban por sus deficiencias y eso repercutía a su vez en nosotros.[233]

No existe una planificación sobre la enseñanza; una transmisión gradual que indique las responsabilidades de cada nivel de residencia. Los regaños caen en cascada de arriba hacia abajo y los reproches y culpabilidades también. Se aprende a fuerza de insultos y degradaciones. Los testimonios dan cuenta del maltrato a través del exceso de trabajo, las palabras hirientes, los gritos y regaños. Otros testimonios refieren a la existencia de variadas figuras de extorsión, como el pago de comidas, de las borracheras o de antojos a los superiores. Estas "donaciones" mantienen la posibilidad de permanecer en el hospital, son una forma de sostenerse en una situación desventajosa; pocas veces un R-1 saca algún beneficio directo cuando es fastidiado. Una de estas ocasiones la anotamos en el Diario de Campo:

Hoy es una médica especialista, adscrita al hospital y ejerce un puesto de autoridad. Cuando iniciaba su residencia, ya entrada la noche, solía solicitarle un R-4 que le consiguiera una botella de whisky. Por el horario no le era fácil comprarla y tardaba varias horas en ir y regresar con el pedido. Un día se le ocurrió comprar una caja completa de botellas de este licor y guardarla en el maletero de su auto, así cuando el residente le exigiera salir por una botella, iría a su carro a dormir calculando

[233] Fragmento de una entrevista a una residente.

el tiempo en que tardaría en comprarla. Para R-1 de los bienes más preciados es el sueño y ésta era una forma de recuperarlo.[234]

Despresurizando el cuerpo: sexo, pastillas y alcohol

El médico cirujano considera a los otros profesionales de la salud, como los odontólogos, las enfermeras, los trabajadores sociales o los psicólogos, como sus hermanos menores. Si no fuiste aceptado en la especialidad de cirugía, está la opción de estudiar con los "chiquitines". Un médico no visita al psicoanalista y, si se acuesta por casualidad en un diván, es para descansar, como lo constatan los llamados memes. Después de todo, los mecanismos y pautas institucionales que sirven como una defensa contra la ansiedad fallan. Estas pautas se relacionan con las formas de hablar y de tratar a los pacientes, con los protocolos de actuación, etc. El médico, decíamos, equipara el cuerpo humano con una maquinaria o un sistema hidráulico: al cuerpo se le repara, se le extraen piezas o se le restablecen los fluidos. Las bromas, la racionalidad médica, los protocolos, son permeables ante el sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte. Hemos descrito que desde que inicia la residencia el médico es sometido a grandes presiones de trabajo que afectan el comportamiento de su persona. Otra fuente de estrés proviene de la relación médico-paciente. Un médico ortopedista comenta que son inevitables los sentimientos de impotencia cuando se sabe que la lesión de su paciente es dolorosa; que cuando lo interviene, le provoca dolor, y que, además, puede provocar una incapacidad.

Hay médicos que están convencidos de que el estrés, el dolor y el miedo se transforman en homosexualidad, alcoholismo, promiscuidad, pues hay sexo en las salas de consulta, en los pasillos, en las escaleras o en los quirófanos; por ejemplo, afirman que la homosexualidad se concentra en pediatras, ginecólogos y dermatólogos; que el alcoholismo es frecuente en cirujanos, y la ingestión de algún tipo de droga es más recurrente entre los anestesiólogos (porque usan este tipo de medicamentos).[235]

Las bebidas alcohólicas suelen circular de forma soterrada en el hospital. El "propofol" es un anestésico que se utiliza para intervenir quirúrgicamente a los pacientes; también así se le llama a una bebida que preparan los médicos residentes hecha con concentrado de horchata, agua, hielo, leche condensada y vodka.

[234] Notas del Diario de Campo.
[235] *Idem*.

Se bebe durante la noche con el fin de trabajar estimulado durante más tiempo; también es una manera de relajarse en el horario nocturno.[236]


FOTOGRAFÍA 91



Preparando instrumental.

El alcohol no es lo único que se utiliza como relajante; dentro del hospital se encuentra una gama de sustancias relacionadas con el placer físico, como los opiáceos y analgésicos. Los residentes, cirujanos, anestesiólogos, ortopedistas y enfermeras tienen conocimiento acerca de las distintas opciones disponibles, de su uso y sus efectos. Al ser sustancias reservadas para las intervenciones quirúrgicas y pacientes con dolores extremos, son reguladas y controladas por el hospital. El encargado de estas sustancias en el área de quirófanos comenta que una vez inventariaba el repertorio de opiáceos y los tenía expuestos en su escritorio, cuando un médico le preguntó: "¿Sabe usted cuánto vale en dinero esa charola?". A pregunta expresa, el encargado de los medicamentos comentó que existe un mercado negro de sustancias en el interior del hospital que se utilizan por placer y para

[236] Comenta una residente de un hospital del Estado de México: "El propofol se hacía en un hospital de Naucalpan. Lo hacíamos cada semana. El nombre sale de un anestésico sedante que tiene aspecto de leche, utilizado por los anestesiólogos para inducir el sueño. En cirugía elaborábamos la bebida con leche de coco y licor. Los viernes, en el jardín del hospital hacíamos carne asada y la bebida. En el servicio de cirugía, en el internado, nos llevábamos muy bien, no había residentes, todos eran adscritos que convivían con internos y estudiantes. La convivencia se prestaba para hablar de los problemas: ¿por qué no hiciste tal ingreso? O, a este paciente le faltaron indicaciones". Fragmento de una entrevista a una residente de un hospital del Estado de México.

soportar las jornadas.[237] Quienes consumen dentro del hospital hacen uso de sus conocimientos para regular los efectos de las sustancias sobre el cuerpo y no comprometer su rendimiento en la institución. Esto no evita las excepciones que derivan en adicciones por el consumo sistemático hecho para resistir las cargas de trabajo, mantenerse despierto y enfrentar el estrés. Durante el curso de la presente investigación circuló el rumor de que una residente fue encontrada muerta en uno de los hospitales que conforman la red de la Ciudad de México. El padre descubrió una serie de mensajes en el celular de la hija, donde constataba que era un amigo anestesiólogo quien le proporcionaba los medicamentos para mantenerse despierta;[238] pese a los controles, algunos actores obtienen las sustancias soterradamente. Una forma es por medio de las enfermeras; en efecto, se dice que algunas de ellas no administran la ampolleta completa del opiáceo y lo compensan con algún analgésico, obteniendo así el mismo efecto en el paciente; el resto de la ampolleta circula entre el personal (se dice que quienes se inyectan lo hacen entre las uñas para no dejar marca o cicatriz alguna).

FOTOGRAFÍA 92

Instrumental.

El tema de la sexualidad es inevitable en una institución cuyo personal trabaja por tiempo completo, con la necesidad de respaldar otros turnos o cubrir varias guardias, por lo cual pasa la mayor parte de su vida dentro del hospital. Lewis Coser considera que el celibato que impone una organización absorbente, como

[237] Notas del Diario de Campo.
[238] *Idem*.

la Iglesia, responde a la exigencia de lealtad institucional, por encima de la familia. Para el autor, la práctica del celibato es un equivalente —sociológicamente hablando— de la promiscuidad. Esto explica que las "instituciones voraces" toleren los encuentros fugaces de carácter sexual, puesto que no ponen en entredicho el tiempo que se dedica a la institución (a diferencia de lo que pudiera suceder con una institución como el matrimonio). Este planteamiento es acorde con lo que sucede en el hospital, donde el personal prácticamente habita en el lugar (de ahí los vocablos de "interno" y "residente"), en una situación de mucha presión emocional.[239] El encierro, las cargas de trabajo y las guardias, generan este terreno fértil para los encuentros sexuales intrascendentes. Cuando muestra cierto hartazgo y desesperación un médico, otro le puede aconsejar: "Deberías agarrar un queso [...] para coger un ratón", aludiendo con la palabra "queso" a una de las residentes y con el significante "coger" a tener un encuentro sexual de manera fugaz (por un rato/ratón). Un cirujano veterano, con un cargo en el edificio de gobierno del hospital comenta que "En el mundo médico y en el ambiente hospitalario *existe una doble vida y doble moral.* Si usted se adentra a la administración y a enfermería, observará infidelidades. Es como *una fuga, a causa del estrés*".[240] El testimonio es de una residente:

> Por algo a los cirujanos les dicen *pirujanos*.[241] En cada cirugía se alburean todos: enfermeras, médicos. Los cirujanos están muy ávidos de sexo; coquetean con las enfermeras en los quirófanos. *Lo que pasa en el quirófano se queda ahí.* Varias de mis compañeras andaban con los cirujanos a toda hora; algunas por gusto se metían en la "mipera".[242] Si la "mipera" estaba ocupada, no entrabas. *En el internado que estuve se suicidaron dos personas; una residente de anestesia y una interna.* El ambiente es muy pesado en cuanto carga de trabajo. Los residentes son hostiles en la especialidad de cirugía, no así en otras. A mí también me asediaban, pero mi primo era jefe de internos y me cubría. En cirugía los doctores mismos decían quién andaba

[239] "[...] el Partido [comunista-leninista] veía con cierto desagrado las relaciones sexuales íntimas. Se estimaba que las relaciones exclusivas con la persona amada podían chocar con la lealtad del individuo a la colectividad. Muchos dirigentes y militantes del Partido llevaban al parecer una vida sexual bastante promiscua sin que se les censurase por ello; se decía que éstos eran asuntos privados [...] El celibato y la promiscuidad, aunque prácticas totalmente opuestas desde el punto de vista sexual, de hecho son equivalentes sociológicamente en cuanto ambos impiden la formación de relaciones diádicas que pudieran interferir con la lealtad exclusiva de las 'organizaciones voraces' que no se contentan con un compromiso parcial y exigen lealtad incondicional de sus miembros". Lewis Coser, *Las instituciones voraces, op. cit.*, p. 126.

[240] Notas del Diario de Campo.

[241] El término *piruja* se usa popularmente para referirse a una prostituta.

[242] Cuarto donde se hospedan y duermen los internos: médicos internos de pregrado, por sus siglas, MIP.

> con quién; se pueden ver estas relaciones hasta en los pasillos. Si no aceptas la invitación a comer, te quieren guardar (castigo de guardias). Claro que sientes la presión. Te obligan a entrar en el ambiente, *porque no se trataba de decirle a todos que no*. Si aprendes a defenderte cuando alguien te "tira la onda", les das por su lado, los albureas, te llevas bien con todos, es parte del ambiente de cirugía. *Si alguna mujer era muy "apretada", caía mal entre los médicos y ella terminaba peor. No te sirve ser recatada.* Si alguno de los cirujanos no me caía bien, y me decía: ¿por qué no vamos a la "resi" (cuarto de residentes) o a la "mipera"?, le respondía: híjole doctor, tengo mucho trabajo, pero al rato que termine, le mando a la doctora tal, que no está haciendo nada. Era mi manera de no ser grosera y que entendiera que no quería ir con él. Yo salí con otros cirujanos que eran de mi parecer. Uno sabe a qué va cuando dicen que quieren ir a la residencia o la mipera.[243]

Un cirujano residente en la especialidad de bariatría y hoy médico adscrito relató que, cuando era R-4, uno de los médicos responsables de otra área le dijo que organizarían una fiesta por la noche, por lo que le pidió que invitara a las residentes más bonitas; como él se quedó en Urgencias, dice que a la mañana siguiente fue al espacio de los residentes y encontró un desastre: hombres y mujeres acostados, despertándose, poniéndose la ropa, botellas tiradas, etc. Para él, la única finalidad de estas reuniones donde se ingiere alcohol y otra sustancias es la de tener sexo. También se dan algunos casos de doctoras adscritas que aprovechan su jerarquía para tener relaciones con jóvenes residentes; una de las doctoras entrevistadas comenta que también las mujeres tienen *el ojo alegre y la mano larga*.[244]

No sabemos hasta dónde la obediencia, como estrategia de resistencia, incluya la relación sexual en tanto que todas las partes involucradas pueden obtener cierta *ganancia de la situación.* Se dan casos de algunas jóvenes internas o residentes que coquetean o tienen relaciones sexuales con alguna de las autoridades o médicos adscritos, para verse eximidas de las fuertes cargas de trabajo. Así, mientras el resto de los residentes trabajan, ellas pueden pasar el rato en la oficina de alguno de los jefes estudiando, viendo televisión o simplemente chacoteando.

Cansancio, exceso de trabajo y falta de sueño son situaciones estresantes que crean un espacio propicio para el encuentro sexual fugaz, insustancial, es decir, uniones en donde la característica es la falta de compromiso social y afectivo. Son prácticas cuya finalidad únicamente es la obtención de placer. Las autoridades toleran estas situaciones siempre y cuando no interfieran en el funcionamiento de la institución; no sucede lo mismo ante una indisciplina o falta de lealtad a los

[243] Fragmento de una entrevista a una residente.
[244] Notas del Diario de Campo.

superiores; en estos casos el castigo es inminente. Es cierto que los encuentros sexuales o la ingesta de alcohol se consideradan faltas graves, pero no se persiguen con la misma tenacidad que la falta de obediencia. Comenta una doctora:

> En una ocasión los médicos adscritos, junto con los residentes, hicieron un evento por la tarde/noche; había estudiantes y pasantes de enfermería. Hubo quejas por el escándalo y los vigilantes fueron a callarlos al menos dos veces. Se enteraron por un asistente que el director del hospital se dirigía al lugar para ver qué sucedía. Los adscritos y residentes salieron y dejaron a un R-1 limpiando toda la evidencia, porque de acuerdo al reglamento es una falta grave tomar alcohol durante la residencia (causando baja en la UNAM). El residente se percató de que llegaba el director y se aventó por una ventana con la bolsa que contenía las botellas y la comida. Se fracturó una pierna, por lo que tuvieron que operarlo. Se dijo que había chocado. Todo acabó ahí. Sólo castigaron a un R-4 retrasando su titulación por seis meses.[245]

FOTOGRAFÍA 93



Instrumental.

Los eventos se llevan a cabo regularmente y se prestan para escuchar música, tomar alcohol y tener relaciones sexuales; estas festividades se hacen en los espacios para los R-2, 3 y 4 (el residente R-1 no tiene derecho a entrar, a menos que lo inviten) que están destinados al cambio de ropa, guardar algunos objetos personales, ducharse y descansar. El espacio es conocido informalmente como la "mipera" y, como vimos en los testimonios, también se utiliza para el encuentro sexual fugaz. La sexualidad dentro del hospital se manifiesta a través de prácticas

[245] Fragmento de una entrevista a una médica cirujana.

discretas, que no secretas. El intercambio sexual depende del acuerdo y la disponibilidad de tiempo de cada persona y de la oportunidad de espacios; pero recordemos que las personas tienen una posición en la organización del hospital, donde unos tienen ciertos recursos de poder y otros disponen de estrategias de evasión, sumisión o resistencia. La erotización de los cuerpos es distinta; por ejemplo, entre las cirujanas es común observarlas de zapatos de tacón, bien maquilladas y con vestuario entallado, arreglo que no se les permite a las residentes de recién ingreso. La "fachada" —como diría Goffman— es también una forma de comunicar quiénes son superiores y quiénes no. El intercambio sexual se da no importando la jerarquía. El testimonio de la residente que vimos con anterioridad constata que los encuentros sexuales son comunes, y ella considera que no es un problema tener relaciones sexuales con los superiores, siempre y cuando éstos sean de su agrado. También refiere que tenía sus propias estrategias para desviar los coqueteos e insinuaciones de aquellos médicos que no le agradaban.

FOTOGRAFÍA 94



El cuerpo del paciente dividido en campos.

Decíamos que los médicos están sometidos a una fuerte presión de trabajo, sobredeterminada por la infinidad de situaciones en las que se encuentran implicados (las cargas de trabajo, las rotaciones, los reclamos de pacientes y familiares, las complicaciones quirúrgicas, la falta de recursos para trabajar, los conflictos familiares y el agotamiento) y que inciden en la práctica médica. Dentro del hospital y, especialmente en servicios como el de Terapia Intensiva, el de Urgencias o el de Quirófanos, la franja entre la vida y la muerte es más delgada. El denominado

estrés tiene variadas manifestaciones. El personal médico y de enfermería que trabaja en esos espacios reconoce que lo hace bajo presiones emocionales muy fuertes que terminan por formar parte de su vida:

> Si me dicen en este momento que acaba de ingresar un paciente con un balazo en la pierna y otro en el tórax, que no se siente el pulso de la pierna, que le pusieron una sonda y sangra abundantemente, entonces hay que meterlo al quirófano. Mientras lo preparan voy al baño a orinar, *a sacar el miedo*, antes de entrar al quirófano. Una vez en el quirófano, puedo aparentar tranquilidad, pero si me toman la presión, seguramente está alta. A estas alturas de mi carrera, después de 30 años de servicio, me sigo estresando. Ahora bien, si le preguntas a los jóvenes como el doctor fulano, a él le encanta el estrés: *le llaman el doctor Estrés*.[246]

Los cirujanos más veteranos coinciden en que llega un momento en que deciden "cuidar sus coronarias", es decir, que optan por dejar pasar intervenciones de alto impacto, sin embargo, los residentes que apenas inician su carrera quirúrgica buscan emociones fuertes, ver a pacientes baleados o con el corazón perforado. Estos casos extremos son por los que pelean los residentes y se felicitan cuando les tocan en su turno o guardia. Existe, desde el inicio de la especialidad de cirugía, *el elemento adrenalínico,* al practicar sobre estos cuerpos lesionados que difícilmente se verían en otro escenario que no fuera un hospital público de urgencias médicas, como el Rubén Leñero.

FOTOGRAFÍA 95



Acoplando miradas.

[246] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

Al bar se asiste para *despresurizarse* emocionalmente; el alcohol, la música y el alimento median para animar la charla, las bromas, la risa, las tristezas. El bar es un sustituto del espacio terapéutico, porque se abordan casos de pacientes que son muy graves y problemáticos, que impactaron mucho:

> [...] el estrés llega a tal extremo que ya ni se platica. Ir a jugar futbol es el pretexto para ir a la cantina a tomar unos tragos. Ahí abordamos temas como el de la operación que se le hizo a fulano y por qué se intervino de tal forma y no de otra: *que así no se debe hacer, que eres un no sé qué y sí, ya sé que soy un no sé cuánto.* En la cantina se sacan las frustraciones de vez en cuando. *El cirujano es obsesivo y tiende a deprimirse.* Aunque tenga carácter fuerte es sensible a los acontecimientos médicos *y cuando quiere arreglar las cosas y no puede, se va a tomar unos tragos.* No porque se quiera, sino porque no hay otra salida. Tenemos que bajar el estrés de algún modo. Y es que no hay peor cosa que le pueda suceder a un cirujano, que se le muera el paciente en un quirófano.[247]

El bar es un espacio fuera del hospital, apartado del trabajo continuo, de los imprevistos que atender, de las reglas y protocolos institucionales. La experiencia de convivir con el dolor ajeno, inherente a la dinámica de un hospital de urgencias donde ingresan casos muy delicados, es difícil de pasar por alto. Un jefe de servicio cuenta que entre los cirujanos se habla de lo que llaman *el trauma de la guerra*, para referirse a la época en que cursaron la residencia y la especialización. La analogía nos remite a un tiempo de aprendizaje en una trinchera, en donde se aprende a costa del sufrimiento propio y de los demás; que deja huellas profundas y que une a todos en un mismo batallón durante cierto tiempo. La violencia sucede en la guerra y en la sociedad; son los hospitales de salud pública quienes concentran los casos más espinosos y mortales, por ende, de los que más se aprende. Es como el trauma de la guerra que presentan los soldados que fueron marcados por las batallas y que, una vez fuera de éstas, no se adaptan a la sociedad civil. El médico entrevistado asegura que una vez dentro del hospital *ya no se puede salir*; todo cirujano necesita del hospital, pues ya forma parte de su *ego territorial*. Otro cirujano comenta que, para visitar bares o cantinas, *nada más esperan a la quincena*; afirma que en esas reuniones algunos médicos se gastan todo el dinero. Son momentos de derroche e intercambio entre pares; algunas veces pagan los residentes, beneficiándose los superiores. Este ambiente donde se conversa con alcohol es catártico para los médicos, porque les permite "procesar" el dolor, el fastidio y el cansancio sufridos por la fuerte demanda de usuarios del hospital. Menciona un cirujano que el grupo se une más por el sufrimiento que padece. En el bar es donde se habla de las residentes de nuevo ingreso, se discuten las

[247] *Idem*.

intervenciones, los posibles errores, la calidad de vida de un paciente o el sufrimiento de otro que no tiene remedio. Reconoce que beber de más tiene un límite, ya que la situación puede descontrolarse y sacar a relucir viejas rencillas personales. Todo médico pierde en algún momento la batalla contra la muerte y, para que emocionalmente no lo desborde el hecho, no le resta más que recurrir a la palabra, a la música, a las bromas, al bar, al sexo. Escribe el médico holandés Bert Keiser:

> [...] podríamos ver cada ritual como un desplazamiento estilizado. Cuando nos encontramos cara a cara con un estímulo que es tan abrumador que no se le puede encontrar un comportamiento adecuado, pero que origina una situación de excitación, se atrapa "sin más" dentro de cualquier tipo de comportamiento, para hacer desparecer esa excitación. Y entonces nos ponemos a bailar y cantar alrededor de nuestros muertos que, después de todo, nos confrontan con un estímulo abrumador.[248]

FIGURA 1

—¿Cuáles son tus planes después de exámenes?
Yo:



Meme médico.

> *El bar estaba desierto pero me desplomé en un taburete y me dispuse a aguardar contemplando tristemente el lodazal que constituía la calle. En todas partes del mundo los bares son el sitio donde mejor se toma el pulso de una población y se capta su estado general; aquél no era la excepción.*
>
> *El antropólogo inocente*
> Nigel Barley

[248] Bert Keiser, *Danzando con la muerte..., op. cit.*, p. 197.

El bar es un foco de interacción, de ahí su pertinencia sociológica. Los abogados afirman que algunas veces es un lugar adecuado para conversar sobre ciertos litigios y negocios; sin duda, parte de la burocracia política delinea ahí sus estrategias de poder. Sobre la barra se observa la conversación de hombres solitarios con el barman, quien, al escuchar a su clientela preocupada o afligida por los problemas que la agobian en el trabajo o la vida familiar, funge de psicoanalista improvisado. El bar es un espacio libre de tabúes para conversar sobre problemas de cualquier tipo, incluyendo los del trabajo:

> Sociólogo: ¿Qué actividades realizan los médicos para manejar el estrés?
> Cirujano: Los cirujanos y ortopedistas hacen sus tertulias. Ahí, a veces *se discuten casos muy dramáticos.* Te puedo decir que con compañeros muy cercanos hemos llorado por algún paciente. También hemos deseado que se muera determinado paciente por el sufrimiento que padece. Son casos que comentamos durante una comida con una copa de por medio; también en una caminata fuera del hospital. Con el doctor X me he emborrachado, hemos llorado y reído. Llámalo como quieras, pero *ese espacio hace falta porque te puedo afirmar que ningún médico daña a un paciente porque quiera hacerlo.* Cuando alguien muere nos trastoca. Son momentos que dejan mucha enseñanza.[249]

El bar, lugar de encuentro en donde el alcohol hace de intermediario eleva la excitación, los sentimientos de tristeza y de alegría; diluye las resistencias y los mecanismos de defensa; imprime su sello en el cuerpo que se relaja y se enfrenta a la fragilidad de la vida a través de la palabra y la escucha del compañero:

> Como R-1, veía que los R-2,3 y 4 iban seguido a bares. Como R-1 no siempre se pude ir al bar con el grupo. Ahí se habla de los R-1: "¿Ya viste a la de nutrición nueva que llegó?". Está bastante bien [...] Conversan de sus conquistas. Con mi compañero de guardia que era apegado a mí, platicaba de todas mis frustraciones porque no podía ver a mi familia pues me dejaban guardada [...] Platicábamos que la vida del hospital no sólo está adentro, sino que también se extiende hacia afuera.[250]

La cantina es el espacio de la comprensión y el consuelo entre compañeros, de reflexión, e incluso de retroalimentación y enseñanza; este sitio muestra que el médico no es inmune al dolor y sufrimiento de las personas; es el lugar en donde los escudos y las máscaras para enfrentar la ansiedad, se desvanecen ante la imposibilidad de evitar el dolor, el deterioro del cuerpo y la muerte. Finalizamos este apartado con la opinión a título personal del director del Instituto de Cien-

[249] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.
[250] Fragmento de una entrevista a una residente.

cias Forenses de la Ciudad de México (INCIFO) sobre la implicación emocional del médico y cómo ésta siempre incide en la vida laboral y familiar.

> Hablando particularmente de los médicos, todos somos "muy especiales" y muy cerrados. Cuando se trata de hablar cuestiones propias de la medicina no externamos mucho nuestra práctica, tal vez porque tememos que alguien nos cuestione y no sepamos responder. Muchas veces el médico especialista no se quiere enfrentar a un residente porque tiene el temor de que lo evidencie delante de otros residentes y pueda saber más que él. Y todavía, más se teme si soy el jefe de servicio, el subdirector o el director del hospital. Eso provoca que los médicos traten mal a los residentes, los sobajen para que la pasen mal. Hay que centrarse y tener la confianza de que no podemos conocer toda la medicina porque hay temas muy específicos. Otro aspecto es que aparentamos que nunca nos afecta emocionalmente nuestra práctica médica o forense. Claro que nos afecta, pero no lo aceptamos, ni tampoco que necesitamos ayuda, no digamos una terapia, sino una plática con algún profesional de un área como psicología, que nos pueda ayudar. Y esas cuestiones emocionales se desbordan en la familia. Si llega un caso que lo relacionamos innatamente con algo personal, por ejemplo, si llega un bebé que mataron y la doctora forense acaba de tener un bebé, pues claro que puede decir: "¡Qué poca madre, quién lo mató!". Es lógico que lo relacione con su vida personal y afecte. Este tipo de casos es probable que afecte a unas personas más que a otras, pero nadie lo acepta. Se requiere apoyo psicológico no sólo en nuestras áreas sino también en las áreas de procuración y administración de justicia.

Las funciones sociales de las bromas y de los memes

La risa no es [una] reacción automática ni efecto causal de lo cómico. No puede serlo porque la risa es una forma particular de conciencia, exactamente como una emoción o como una intelección, y no puede escapar a la ley universal de la conciencia, que es intencionalidad.

Fenomenología del relajo
Jorge Portilla

El médico residente —a diferencia de otros profesionales— ve su futuro con optimismo a través de sus maestros, a quienes admira por su reputación; algunos de ellos trabajan en hospitales privados de prestigio. Un cirujano veterano menciona que, si a cierta edad no se tienen varios coches y una vida con lujos, se fracasa como profesional; lo irónico —añade— es que, una vez logrado lo anterior, no se tiene tiempo para disfrutar, puesto que los médicos pasan gran parte de su vida

en el hospital. De cualquier forma, la imagen del cirujano exitoso es un incentivo poderoso para el residente, quien soporta así las cargas de trabajo y las ofensas en el hospital.

Fotografía 96

Interpretando la imagen.

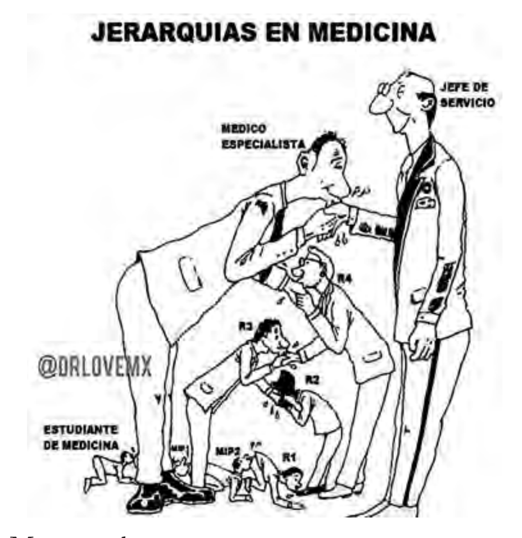
El mayor esfuerzo de los residentes se centra en el primer año de trabajo, por lo que, una vez aprobado, se libera buena parte de dichas cargas. En su nueva posición de R-2 tiene el derecho de liberarse del trabajo administrativo, que realizará el compañero de nuevo ingreso. Así, aprobar el primer año de la especialidad es uno de los mayores retos que se presentan para el residente. Reza el siguiente dicho dentro del hospital:

El "erre" uno no es ninguno.
El "erre" dos se cree Dios.
El "erre" tres ya ni lo ves.
El "erre" cuatro ni en su retrato.

El R-1 no es nadie, se puede disponer de él en cualquier momento. Está a las órdenes y antojos de todos los que están arriba de él. Su condición de profesionista (contar con una licenciatura o una maestría) es irrelevante, y está obligado

a cumplir labores sin relación alguna con la práctica médica, como ir a comprar los alimentos o pagar las bebidas y juergas de los compañeros. Si no cumple con las tareas o se equivoca, se le grita e insulta frente a compañeros y pacientes, y en ocasiones se le golpea (a veces se exhibe en redes sociales). El paso a R-2 ya lo exime de su condición de “perro” o “esclavo”, cambia su manera sumisa de comportarse, ya que ahora puede mandar al R-1; su posición es envidiable porque delega parte de su trabajo y el de sus superiores en él. De ahí que el “erre” dos se crea Dios. Los residentes de nivel tres y cuatro, no llevan a cabo ninguna clase de “trabajo administrativo” y su mayor responsabilidad está dentro de los quirófanos. El dicho refiere a la invisibilidad de los residentes 3 y 4, porque no se cuenta con ellos para otro trabajo que no sea el quirúrgico.

FIGURA 2



Meme médico.

Las jerarquías se afirman en los detalles: el médico adscrito bromea con los pares, a veces a costa del inferior jerárquico, lo contrario sería una temeridad (en todo caso se hace de manera oculta); no a cualquiera le ayudan a colocarse el pijama quirúrgico y los guantes; pasar el instrumental quirúrgico no es lo mismo que utilizarlo. Dejar suturar la herida a un R-1 o R-2 forma parte del aprendizaje y es también una concesión por parte del superior jerárquico. El R-1 debe ganarse el quirófano y su participación dentro de éste, como es de esperarse, es un proceso gradual. El R-1 dentro del quirófano funciona como ayudante, inicia acomodando al paciente, lavando la zona que se va a intervenir, haciendo las labo-

res de instrumentista. Algunas veces es considerado como un objeto, por ejemplo, cuando el residente de mayor jerarquía se limpia la nariz o se seca el sudor de la frente con su ropa mientras está operando.[251] En una ocasión dentro del quirófano, mientras dos médicos adscritos operaban a un paciente apoyados por un R-4, uno de ellos bromeó a otro. El residente se rio e inmediatamente intervino el médico que hizo la broma, desarrollándose el diálogo siguiente:

> Cirujano: Dile la misma broma al doctor.
> Residente (serio): No quiero.
> Cirujano: Que le digas lo mismo que yo le dije al doctor.
> Residente: No quiero.[252]

FIGURA 3



Meme médico.

[251] Comentamos que los residentes no ven nada malo en este tipo de gestos, forman parte de las rutinas del hospital. Incluso el residente que fungió como pañuelo —a pregunta directa— afirma que es normal que sucedan ese tipo de prácticas, aunque no se atrevería a invertir los papeles. Esta percepción de normalidad se puede reforzar, porque el residente que aprueba se verá beneficiado cuando ascienda de nivel. En ese sentido "lo que desde arriba se puede ver como una imposición de una actuación, desde abajo se puede ver como una hábil manipulación de la sumisión y de la adulación para conseguir sus propios fines". James Scott, *Los dominados y el arte..., op. cit.*, p. 60.

[252] Notas del Diario de Campo.

No está permitido reírse de un médico superior; quien bromea a otro se siente con el derecho de hacerlo, porque existe un lazo de amistad, lo que equivale a aceptar ser bromeado en otra ocasión. Se chotea entre iguales; el médico adscrito bromea a sus pares o a los residentes; estos últimos no pueden protestar, contestar la broma e incluso ofenderse; la función de la broma refuerza las jerarquías, como dice el sociólogo canadiense Erving Goffman:

> La víctima no debe tomar la broma en serio y de hecho se le obliga a no hacerlo, pero sí debe tomar en serio el hecho de que aquellos que se burlaron de ella pensaban que era permisible e incluso apropiado el hacerlo. En cualquier caso, parece como si se pensara que dentro de cualquier círculo social pequeño algunos miembros están tremendamente disponibles para esta clase de broma, y que uno o dos (a menudo los más dominantes) quedarán al margen de tales burlas.[253]

Las bromas deben analizarse en el contexto particular en el que se producen, ya que cumplen diversas funciones sociales, como las de diferenciar a las personas, humillarlas, exhibirlas, agredirlas; las bromas pueden diluir una situación conflictiva, cohesionar a un grupo, reforzar lealtades. Es verdad que la broma tiene un potencial de agresividad, y es por eso que hay que evaluar la situación particular en que se produce, ya que pueden ser motivo de conflicto si quien la recibe no reconoce en su interlocutor cierto derecho para hacerla; la broma se convierte así en una ofensa.[254] En el interior del hospital las bromas responden a necesidades muy diferentes, puesto que pueden relajar o, por el contrario, estresar una situación incluso dentro del quirófano. Este potencial significante de la broma —como el de toda palabra— es inmenso, y depende del entorno particular en que emerge. No existe un significado "inmanente" de la broma, sino un sentido producido como efecto de una interacción social situada entre actores, en determinado contexto social, institucional o grupal. Al respecto comenta el filósofo Jorge Portilla:

[253] Erving Goffman, *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*, Madrid, Siglo XXI/Centro de Investigaciones Sociológicas (Monografías, 227), 2006, p. 95.

[254] Las bromas son delicadas; comenta un médico internista adscrito al hospital: "Una vez escuchaba una conversación entre dos pacientes, uno de ellos estaba lesionado de una pierna por herida de bala, mientras que el otro tenía el brazo con una lesión infectada y, como era diabético su condición era también delicada. Este último bromeaba al otro diciéndole que harían su pierna 'al horno' recibiendo como respuesta que su brazo lo venderían como 'alita rostizada'. Al pasar quise participar y comenté que sería mejor preparar su brazo a la 'barbecue'. Después me enteré de que el paciente lesionado del brazo puso una queja en mi contra por falta de profesionalismo". Notas del Diario de Campo.

> El que chotea tiene que saber necesariamente a quién, por qué y cómo chotea, ya que se aprovecha sobre todo del equívoco y del juego de palabras haciéndolos valer dentro de una situación determinada. Por ello necesita tener plena conciencia de los elementos y articulaciones de la situación, así como de la ambigüedad y multiplicidad de matices significativos de las palabras.[255]

La broma circula entre el grupo y lo unifica; el residente es partícipe de ella porque está implicado en la situación (otra cuestión es si éste se sobrepasa), lo que ya es una forma de aceptarlo en el grupo. En el interior del quirófano las bromas pueden marcar un límite entre lo correcto y lo incorrecto: "Huele a carnitas", se le dice a un residente que está abusando del bisturí cauterizador y que provoca un fuerte olor a quemado; puede incluso descalificar las habilidades del residente: "Tienes manos de muñón", se le dice cuando se muestra torpe y lento en la cirugía.[256] Las bromas surgen si la situación lo permite, de lo contrario, existe la posibilidad de que quien la emite sea recriminado. En cierta ocasión un cirujano general y dos residentes (3 y 4) realizaban la sutura de una arteria en un paciente que recibió una puñalada en la pierna; todo era risas y bromas hasta que, pasadas dos horas, el cirujano y su equipo no encontraban la lesión. El quirófano pasó de tener un ambiente relajado a otro mucho más tenso y solemne. El momento no se presta para el albur, el sarcasmo, el tarareo de alguna canción o cualquier otra chanza.

Las bromas y las expresiones entre los médicos también muestran cómo el prestigio es un valor en constante disputa que se afirma por medio del reconocimiento del trabajo propio y la descalificación del trabajo ajeno, es decir, se alaba la profesión propia y se menosprecia la especialidad del colega. Del Diario de Campo extraemos algunos de estos dichos:

- "Los anestesiólogos son cirujanos frustrados" (cirujano general).
- "Los cirujanos generales intervienen rápido, pero todo lo echan a perder" (patólogo).
- "Las especialidades médicas se pueden clasificar por personalidad: internista, sabio; dermatólogo, homosexual; ginecobstetra, retrasado mental" (internista).
- "Los urgenciólogos y los médicos familiares son las 'edecanes', pues sólo trasladan a los pacientes a otros servicios" (ginecobstetra).
- "El médico internista y el patólogo saben mucho, pero el primero no resuelve nada y el segundo siempre llega tarde" (patólogo).

[255] Jorge Portilla, *Fenomenología del relajo...*, *op. cit.*, p. 30.
[256] Notas del Diario de Campo.

- "Los cirujanos generales son como los delfines: inteligentes y bonitos, pero no dejan de ser animales" (internista).
- "En el Servicio de Medicina Interna les encanta tener pacientes internados, porque son como 'sus juguetitos'" (reumatólogo).
- "¿Sabes por qué los cirujanos son dioses? Porque tienen la facilidad de convertir un ser humano en vegetal" (cirujano general).
- "Cuando los cirujanos hacemos la nota médica ponemos: previa asepsia y antisepsia de la región operatoria, se procede a colocación de campos estériles en posición de decúbito. Mientras que los ortopedistas describen: previa mezcla de yeso y colocación de polines, se procede a revisión de fractura" (endoscopista).
- "Los homeópatas pertenecen a la escuela de Hogwarts (Harry Potter), ya que curan lo semejante con lo semejante" (cirujano general).[257]


FIGURA 4



Meme médico.

* * *

[257] *Idem*.

> *[...] interpretamos los rumores, el chisme, los cuentos populares, las canciones, los gestos, los chistes y el teatro como vehículos que sirven, entre otras cosas, para que los desvalidos insinúen sus críticas al poder al tiempo que se protegen en el anonimato o tras las explicaciones inocentes de conducta.*
>
> *Los dominados y el arte de la resistencia*
> James Scott

Actualmente, las llamadas *redes sociales* constituyen una realidad en la que se interactúa para comunicarse, buscar información, entretenerse, divertirse, encontrar amistades. Los mundos virtuales por conocer no tienen límite. También se han utilizado como un medio político y de denuncia pública, algunas veces logrando una respuesta favorable por parte de las autoridades o de la sociedad civil. El universo virtual ha provocado la exhibición de personajes públicos que caen en el desprestigio e incluso en graves problemas legales. Algunos comunicadores han perdido su empleo después de realizar comentarios que discriminan, estigmatizan o son considerados inapropiados. El impacto de una noticia o declaración aparentemente trivial puede ser gigantesco si se hace "viral", es decir, si el número de reproducciones es muy grande. No hay duda de que es un tema de interés para quienes estudian y se interrogan por las condiciones sociales de emergencia de los discursos, así como por la eficacia y el efecto en los usuarios.

Dentro de las variadas formas de comunicación existe una compuesta de imágenes y texto a la manera de un *collage* o fotomontaje, y se conoce con el nombre de "meme".[258] El meme refiere a un acontecimiento de "la vida real" que es caricaturizado. El humor del meme es a costa de alguna situación que vive o padece alguna persona o grupo. Las personas que crean y reproducen los memes pueden verse reflejadas en él. El meme es ante todo la relación de la imagen con el texto, cuyo contraste provoca la risa, la mofa, la ironía o cierto humor negro.

Dice el filósofo mexicano Jorge Portilla que:

> [...] un contraste no es una cosa real que pueda encontrarse al lado de los demás. Un contraste es una relación, y las relaciones, por objetivas y concretas que puedan

[258] "La palabra meme hace referencia a *ideas, comportamientos o estilos que se extienden culturalmente entre las personas.* Fue acuñada por Richard Dawkings en su libro *El gen egoísta.* Es un derivado del griego 'mimema' que hace referencia a lo que es imitado. Este concepto se ha trasladado a Internet para describir ideas que se visibilizan o son replicadas de manera masiva a través de redes sociales, blog, emails [...] y pasan de persona en persona de manera explosiva". Véase "¿Qué es un meme?", disponible en <http://www.40defiebre.com/que-es/meme/>, consultado el 24 de agosto de 2018.

> ser, no son atributos reales de las cosas sino referencias puestas entre ellas por la conciencia. La ironía es, entonces, inmanente a una conciencia que juzga y que advierte la distancia entre la posible realización de un valor y la realidad de quien pretende haberla llevado a cabo.[259]

Los memes pueden ser una forma de denuncia muy eficaz por medio del ridículo público. El sociólogo Lewis Coser en su libro *Las funciones del conflicto social* habla del humor como una válvula de escape, en donde la crítica se sublima mediante chistes o parodias como un recurso que evita la confrontación directa, eludiendo así, un choque entre las partes.[260] El armado de un meme se puede conformar de fotografías, fotogramas, anuncios, letreros, personajes de caricaturas, animales, héroes de películas o actores conocidos, como artistas, políticos, deportistas, etc. Los memes integran una situación específica o contienen algunas expresiones, glosas corporales o gestos inapropiados, prototípicos o hiperritualizados[261] que son extraídos de su contexto original para traerlos a determinados momentos y coyunturas de actualidad a fin de recrear pequeños recuadros virtuales en torno a la derrota —o el triunfo— de un equipo deportivo, la declaración desafortunada de un comunicador, la vivencia de un escándalo social o político y también —tema de nuestro interés— las costumbres informales que se llevan a cabo en el interior de los hospitales.

Es posible ridiculizar a cualquier persona o acontecimiento (político, social, grupal, institucional, personal) de manera anónima, puesto que actualmente existen las condiciones técnicas de producción y de circulación para que estos micromontajes se conozcan masivamente.[262]

El meme médico puede ser un recurso para criticar ciertas prácticas de poder; facilita a los internos y residentes contar con un espacio virtual amplio y seguro de denuncia desde el anonimato de un avatar que no puede ser rastreado, pero también puede ser visto únicamente como un instante de diversión, incluso a costa de los propios afectados.

Los memes representan momentos de la vida en el hospital que se muestran de forma sarcástica o burlona; éstos no pretenden modificar la pesada realidad hospitalaria, sino ofrecer una caricaturización de una serie de sucesos informales que se reproducen en este universo. Para fines de esta investigación se considera

[259] Jorge Portilla, *Fenomenología del relajo..., op. cit.*, p. 65.

[260] Lewis Coser. *Las funciones del conflicto..., op. cit.*, pp. 45-48.

[261] La noción de "hiperritualización" puede verse en Erving Goffman, *Los momentos y los hombres,* Barcelona, Paidós (Comunicación, 46), 1991, pp. 167-168.

[262] Que una noticia, video o meme se viralice depende de otros medios de comunicación, como la radio y la televisión, que actualmente también se nutren de la información cibernética (aunque

que el meme es una fuente de información adicional que complementa la obtenida por las técnicas etnográficas, como la observación sobre el terreno (Diario de Campo) o la entrevista; la producción, la circulación y la recepción del meme conforman un circuito de comunicación utilizado principalmente entre los médicos residentes. Esta peculiar iconografía refiere a variados aspectos relacionados con la profesión médica entre los que destaca la vida dentro del hospital; ilustra la vida cotidiana que se enlaza o distancia de la normatividad médica, como el consumo de alcohol o la sexualidad furtiva que se propaga soterradamente en la institución. La crítica a través del humor caricaturesco ciertamente no ha derivado en una organización social o movimiento de protesta por parte de los residentes, sino en la risa y el comentario chocarrero. Dice el antropólogo estadounidense James Scott que "en su nivel más elemental, el discurso oculto constituye una forma de representar en la fantasía —y ocasionalmente en prácticas secretas— la cólera y la agresión recíproca que la presencia de la dominación reprime".[263]

Figura 5



Meme médico.

esta relación de eficacia no es una regla). Los efectos cuantitativos de este discurso se pueden "medir" por el número de comentarios y reproducciones que provoca.

[263] James Scott, *Los dominados y el arte…, op. cit.*, p. 64.

Estos micromontajes humorísticos son anónimos; presuponen que tanto su realizador como sus destinatarios comparten una matriz significante, una especie de "acuerdo implícito sobre el sentido relativo del mensaje", que garantiza de alguna forma la producción, la circulación y la validación en el interior de una comunidad que participa de los mismos elementos culturales, los cuales le permiten comprender los sentidos y significados de aquéllos (de ahí que tengan un rango de lectura limitado).[264] En suma, estas composiciones adquieren pertinencia comunicativa por las condiciones sociales de emergencia, que orientan el sentido —y el significado—, lo que supone una intencionalidad por parte de quien lo produce.

Curiosamente, el meme médico no privilegia temas como el de la enfermedad, el dolor o la muerte que son con los que convive diariamente el personal médico y, cuando lo hace, generalmente es con cierto humor negro. Así, en una imagen se observa a una madre que abraza a una niña, mientras el médico sonriente le escucha el corazón con el estetoscopio; en el encabezado del meme aparece un diálogo (véase figura 6).

FIGURA 6

Niña: ¿qué edad tiene?
Doctor: 43 años.
Niña: eres viejo.
Doctor: Si pero tú morirás antes que yo.



Meme médico.

[264] Como afirma Florencia Levín: "El efecto humorístico de ese juego [entre emisor y receptor] reside en que el mensaje propone más sentidos de los que literalmente enuncia. Es por ello

Estos *collages* presentan los variados momentos que vive la comunidad médica en el semicautiverio hospitalario. Los grupos de internet y redes sociales donde se comparten estas microcomposiciones parodian la profesión: “Médico loco”, “La Patoloca”, “Dr. Ajenjo”, “Dr. Love”, “Dr. Meme”, “Dr. Pikachu”, “Dr. Propofol88”, entre otros, con etiquetas de identificación (*hashtag*) como la siguiente: “Cómo sobrevivir a tu internado”. Estos foros son espacios en donde los estudiantes y los residentes médicos se expresan de una manera abierta, lo que no siempre harían, por ejemplo, en una entrevista para un medio de comunicación, por temor a ser reconocidos. En estas páginas web se da cuenta del uso impropio de la bata, de la relación médico-paciente, del cansancio y el deterioro físico de los residentes, de la interacción y el conflicto entre el personal que labora en el hospital, de la explotación del trabajo médico, con lo que se despliega *un imaginario instituyente* de cómo se vive en realidad la estancia médica.

La imagen es polisémica y sin duda puede prestarse a distintas interpretaciones; no obstante, el contexto institucional limita el despliegue del significante y las inferencias especulativas. Lo que estos dibujos representan, aluden o insinúan adquiere un contenido más preciso gracias a las frases que lo acompañan; si a esto añadimos que el receptor conoce el ambiente hospitalario, la interpretación no deja lugar a dudas. Hay memes que únicamente pueden ser entendidos por quienes laboran en el hospital (o porque se pregunta a la persona indicada) y conocen su dinamismo; tal es el caso de un meme que encabeza la pregunta: “¿Doctor, es usted urgenciólogo?”, y que muestra la fotografía de un beisbolista bateando. La relación entre la especialidad de urgencias y el jugador de beisbol no dice mucho al receptor lego. En México cuando alguien evade alguna responsabilidad y se la endilga a otra persona se dice que la “bateó” (golpear la pelota para que otro la atrape). La principal queja de los jefes de servicio respecto a los urgenciólogos es que éstos tienden a trasladar indiscriminadamente a los pacientes que ingresan al Servicio de Urgencia a las áreas de hospitalización, en lugar de atenderlos, estabilizarlos y enviarlos a su casa, y sólo transferir los casos que así lo ameriten. De ahí que se asocie al bateador con el Servicio de Urgencias. Otro caso similar es el de la imagen de un mapache que se frota las manos mientras sonríe con cierta malicia; en la parte superior aparece la frase: “Cuando le cierras la oxitocina”, y al pie de la imagen se afirma: “Para que el parto salga en la siguiente guardia”. La oxitocina es una sustancia que provoca contracciones uterinas más seguidas y fuertes, por lo que acelera el trabajo de parto. La imagen

---

que el efecto gracioso depende de los conocimientos, capacidades, implicaciones y motivaciones de los destinatarios, y se fundamenta en la existencia de una comunidad de códigos”. Florencia Levín, *Humor político en tiempos de represión. Clarín, 1973-1983*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2013, p. 21.

del mapache —quien festeja la travesura— no deja lugar a dudas, el ginecobstetra puede —hasta cierto punto— manipular el tiempo del nacimiento, dejando así el trabajo para el turno siguiente.

FIGURA 7



Meme médico.

El lenguaje forma parte de las interacciones sociales y comunicativas, es decir, puede también analizarse entrelazando una serie de prácticas que conforman un campo significante, que es también un campo de poder. Los discursos no son neutrales (como no lo son los eufemismos que se utilizan en el interior de las instituciones totales, como las cárceles y hospitales). Por ejemplo, quien interroga en un pase de visita lo hace desde una posición de poder, y, por ende, puede manejar el contenido de los temas con un margen de discrecionalidad que coloca al examinado en desventaja; así, un meme titulado “En la visita” (se refiere al pase de visita) inicia con el intercambio que aparece en la figura 9.

La imagen que acompaña a este texto es la de un niño con un rostro abatido y desorientado que lleva en las manos un micrófono. El hecho de que la imagen asocie al médico residente con el infante no deja lugar a vacilaciones del sitio que le corresponde a éste cuando se le evalúa. La condición alienante —infantilizadora— que provocan las instituciones y que se acentúa más cuando éstas

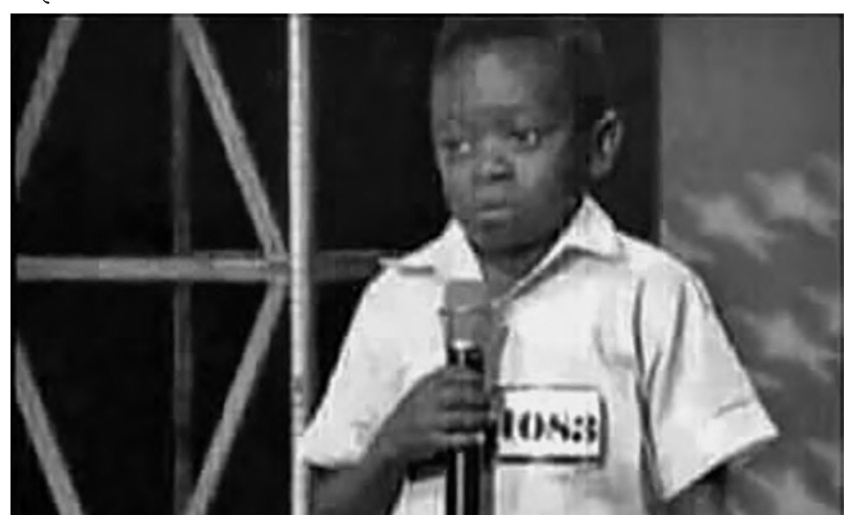
FIGURA 8



Meme médico.

FIGURA 9

En la visita
—A ver, interno, preséntame al px-
—Se trata de px masculino con anteced...
—¿Cuánto tiene de sodio?



Meme médico.

exigen mayor dedicación o son más absorbentes (totalitarias) es un rasgo de su dinámica, como lo ha demostrado el socioanálisis institucional y autores como Lewis Coser o Erving Goffman.

La bata blanca que porta el médico representa una alta competencia técnica sobre la salud y la enfermedad. Decíamos que quien lucha contra la enfermedad y la muerte se relaciona con lo hierático. El estudiante que cumple su internado y el residente, quienes la portan constantemente, sin duda viven una sensación diferente: la de tener una posición de estatus en la sociedad. Del uso pasamos, así, a su abuso. Portar la bata en la calle, cuando se va al cine, de paseo, al restaurante, es estar fuera de situación. La bata forma parte de un contexto clínico, y quien la lleva a cualquier lugar no hace sino mostrar la ingenuidad de quien quiere ser reconocido sin ningún mérito, pero sobre todo es una crítica para aquellos que no respetan la norma de limpieza. Los montajes cibernéticos sobre la bata se burlan de este comportamiento irresponsable de los novatos; de aquellos que no se la quieren quitar ni para lavarla, porque quieren mostrarse ante los demás como doctores y la bata les *da poderes*; así, observamos la fotografía de un perro que mira al frente, al que se le ha sobrepuesto una bata blanca y un estetoscopio alrededor del cuello. El encabezado dice: "Cuando me dicen que por qué no me quito la bata". La imagen del perro/doctor está rodeada de frases e insultos que fungen como respuesta/reclamo: "Soy mejor que tú"; "Hay niveles"; "No me compares contigo"; "Puto envidioso"; "Pinche ingenierucho"; "Es mi uniforme, pendejo"; "Ya quisieras traerla"; "Ni que tú me la plancharas"; "Tú y tu carrera mediocre".

FIGURA 10



Meme médico.

Figura 11



Meme médico.

La escritura de los memes, como es natural, se lee de izquierda a derecha y de arriba (encabezado) abajo (pie de texto). Las imágenes pueden percibirse de izquierda a derecha y en algunos casos también de arriba abajo; todo depende de la elaboración del montaje. Encabezado: "Y sin darte cuenta…"; imagen: dos fotografías de doctoras con el pijama quirúrgico durmiendo en el piso; pie de texto: "Vives en el hospital y vas de visita a tu casa". Aquellos que abordan la labor de los residentes denuncian que no todo es miel sobre hojuelas, que la atención que se brinda a los usuarios y la enseñanza que se adquiere no se limitan a las pautas de acción reglamentadas, sino que se abordan variados conflictos relacionados con los encuentros y desencuentros de género o entre los estratos institucionales (autoridades, enfermeras, residentes, camilleros), mismos que —insistimos— sobredeterminan la dinámica del hospital y el sentido de cualquier acción racional o programa médico que se instrumente.

En el tema de las guardias y las posguardias, los memes se burlan del aspecto que presentan los internos y residentes después de concluirlas; las imágenes son de muertos vivientes, zombis, extraterrestres; de animales o muñecos con rostros ojerosos, despeinados, agresivos o extenuantes. Los cuadros comparan un antes y un después de las guardias a través de estos rostros caricaturescos; a la izquierda

del cuadro se muestra una cara alegre, infantil, ingenua, y a la derecha, los rostros desfigurados y deteriorados por la falta de sueño, acompañados de frases del estilo: "Cuando has estado más de 36 horas en el hospital y no sabes si es de día, noche, semana santa, verano, Halloween, Navidad, fin de año, etc.". Una gran cantidad de ellos exhibe esta situación mortificante de forma chusca, lo que facilita la banalización del hecho, como parte del "mundo natural" de las residencias. Un cuerpo en demasía cansado percibe de manera diferente el tiempo; el cumplimiento del horario de las guardias transcurre lenta y pesadamente, se vive como una experiencia prolongada y tortuosa: "Cuando revisas la hora en la guardia a las 2:00 am...", "y la revisas tres horas después y son las 2:15 am", son el encabezado y el pie de un meme; al centro se observa un esqueleto —con audífonos y micrófono— "trabajando en una computadora"; sobre la mesa hay una lámpara de escritorio. La idea es que en la madrugada 15 minutos de guardia se viven como tres horas.

FIGURA 12



Meme médico.

La posguardia deja al interno y al residente sin dormir durante muchas horas, por lo que, cuando tienen oportunidad de hacerlo, los cuerpos quedan desvanecidos, torcidos, con la cabeza hacia atrás, en posturas poco usuales en cualquier rincón del hospital: sobre una silla, una mesa, una camilla o el piso. Mientras los cuerpos abatidos se reponen del cansancio, los jóvenes médicos —aprendices de *paparazzi*— se divierten fotografiando a sus compañeros, haciendo memes y subiéndolos a las redes sociales.

FIGURA 13



Meme médico.

FOTOGRAFÍA 97



Residentes que duermen (imagen obtenida de las redes sociales de los estudiantes de medicina).

La cucaracha está repetidamente en los memes y se le asocia con el médico residente de primer año y con el interno, es decir, con la escala más baja de la trayectoria médica. Este insecto rastrero es para muchas personas repugnante y, por lo general, cuando se le ve, se le aplasta. De ahí las expresiones coloquiales tales como *sentirse tratado como una cucaracha* o *querer aplastar a otro como cucaracha.* Este bicho ocupa el centro de atención en el interior del montaje. El insecto "habla" en primera persona a través del texto que lo acompaña. Así, se lee en la parte superior de un meme: "Puta madre fin largo" (se refiere a la guardia que llevará a cabo el fin de semana); en la parte media se ve una cucaracha "que mira" a través de la ventana la calle. El pie de página culmina: "Y yo aquí de guardia". Hay gran cantidad de estas elaboraciones que utiliza a estas cucarachas "humanizadas", quienes "beben café" para soportar la guardia, se "suicidan" (colgándose), o trabajan encima del teclado de la máquina de escribir.

FIGURA 14



Meme médico.

Algunos memes son hechos únicamente de palabras y definiciones informales:

Interno: esclavo del residente, de enfermería, camillería, de los guardias del hospital, del personal de intendencia, vaya, la perra de todos. *Médico pasante*: mano de obra barata que utiliza el gobierno para brindar atención en centros de salud, 50%

médicos y 50% secretarias. *Semestroso*: estudiante de medicina que se preocupa más por subir fotos a las redes sociales que aprender cosas en el hospital.

Como vimos, las prácticas de dominación que se reproducen en el interior del hospital generan formas de resistencia. El meme médico no denuncia a ninguna persona en particular; evita colocar un rostro específico y se centra más en la situación o la vivencia de una experiencia repetida y, por ende, conocida por todos. Es una composición que alienta el humor y neutraliza el conflicto. Se encuentra dentro del *ethos* médico relacionado con lo que no puede expresarse abiertamente, y da cuenta de esa zona misteriosa donde se gestan los poderes discrecionales. Si hay algún cuestionamiento, éste es a través de dicho humor.[265]

Los memes exhiben a las enfermeras (únicamente mujeres) como un personaje al que por ningún motivo hay que hacer enojar, porque de lo contrario le

FIGURA 15



Meme médico.

[265] "El humor es una manera cultural de desarticular el equívoco o de abordar, por alusión, temas prohibidos o delicados. Recurriendo a él se pueden sugerir, en la conversación corriente, aspectos de la existencia que se consideran indiscretos. El humor evita, ritualmente, la desconfianza y permite abordar los temas más subidos de tono o más sospechosos". David Le Breton, *Antropología del cuerpo y la modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1995, p. 131.

harían la vida imposible al responsable. Un residente escribe: "Le hablé bonito a la enfermera para que *cubra mis cagadas* durante el pase de visita", y un meme refiere: "Querido yo en guardia: trata bien a las enfermeras, son más poderosas que cualquier adscrito". A las enfermeras se les acusa de tener una actitud desdeñosa, reactiva, chismosa; ellas culpan constantemente al interno con el médico responsable y utilizan su experiencia para poner en su lugar a los más noveles estudiantes y residentes de medicina. Un meme es titulado: "Tu primer día de internado. ¿Siempre existe una enfermera así?". El cuadro está dividido en tres partes por dos líneas horizontales, de forma que se lee el texto de derecha a izquierda y las imágenes de arriba abajo. En el espacio superior se observa una caricatura de un médico con rostro tranquilo, seguro, confiado, que porta alrededor del cuello el estetoscopio. Junto a él una joven enfermera, vestida formalmente, que sonríe. El médico le pregunta y ordena: "¿Podría ponerle por favor una solución fisiológica con 60 de ketorolaco a nuestro paciente?". La enfermera responde: "Sí doctor pero [...]". Los tres puntos suspensivos dan la pauta para pasar al siguiente cuadro de en medio, donde se observa ahora el rostro malicioso de una enfermera, cuyos ojos están entrecerrados, y que muestra una amplia sonrisa mientras pregunta: "¿A cuánto la dilución? ¿Cuántas gotas por minuto? ¿El catéter de que número? ¿Seguro que es 60? ¿No quiere que le pongamos otra cosa?". Finalmente, en el cuadro de abajo se muestra el rostro del médico, pero ahora desconcertado, pasmado, que pregunta: "Disculpe, ¿tenemos internet?".

FIGURA 16



Meme médico.

Algunos pocos se burlan de aquellos residentes que denuncian ante los organismos de derechos humanos mostrándolos como personas sin carácter, débiles y lloronas. Uno de esos memes muestra en el lado superior izquierdo una leyenda que dice: "2007. Internos hacen guardia de 30 horas, doblan guardias por castigo y no salen del hospital hasta terminar sus pendientes". El texto es ilustrado del lado izquierdo con fotos de jóvenes que visten el pijama quirúrgico en el piso, sobre algunas cajas, encima del escritorio, sobre la máquina de escribir, recargados en la pared y sentados. Todos ellos, extenuados, dormidos. En la parte inferior izquierda se lee: "2017. Internos lloran y ponen denuncia a la CIDH porque les alzan la voz" [Comisión Interamericana de los Derechos Humanos]. En la foto que se encuentra del lado izquierdo del cuadro y que respalda este último dicho se ve el rostro de una joven llorando.

Respecto a la sexualidad dentro de los hospitales, no sólo se hacen memes, sino también fotografías sobre los encuentros sexuales; muchos de ellos tienen la característica de mencionar el grado de estudios de quienes aparecen en la composición, incluyendo a los estudiantes que cursan alguno de los semestres de la carrera y que son aludidos con el término, un tanto despectivo, de *semestrosos.* Son producciones que subrayan *distinciones*; así, se dice en algunas de ellas:

- Carne fresca y más sabrosa... la de la semestrosa.
- Carne fresca y tierna... la de la interna.
- Carne rica y complaciente... la de la residente.
- Carne fina, pero un poco durita... la de la adscrita.
- Carne buena, pero no de primera... la de la enfermera.
- Carne seca y de menudencia... la de intendencia.

El interno o la interna circula —rota— por los hospitales y servicios como parte de su ciclo escolar. Son estudiantes que ingresan de forma temporal para conocer el trabajo que realizan los diversos especialistas y así contar con una visión integral de la carrera de medicina y de sus especialidades. La interna, a decir de los memes, se convierte en una presa sexual de los médicos, incluso alguien de quien se puede disponer sin compromiso alguno y después fácilmente abandonar. Una de estas creaciones lleva por encabezado: "Todas las internas"; la imagen que le acompaña es la de una joven que es lanzada a la carretera de un auto en movimiento. En otra observamos una gran vaca asediada por tres hienas en posición de ataque. Cada animal lleva un letrerito; una hiena lleva inscrito "R-1"; otra, "R-2", y la tercera, "el adscrito de cirugía"; finalmente, la vaca aparece rotulada como "la interna".

Más allá de las "estructuras y funciones del discurso", el lenguaje opera y conforma una realidad que reproduce las relaciones de dominación; el lenguaje es un interesante recurso retórico que, junto con la ironía, el humor negro y las bromas, presenta de forma invertida la perspectiva del discurso oficial. Si el *Reglamento de uso de áreas de descanso para médicos residentes* señala que "no se deben consumir bebidas embriagantes, estupefacientes o psicotrópicos", y que "no pueden utilizarse para fines diferentes al mencionado [descanso]", los memes ilustran lo contrario. Es cierto que algunos testimonios dan cuenta de la utilización indebida de las áreas de descanso de los residentes, pero el personal no anda por ahí difundiéndolo, puesto que no sólo se acabaría con una prerrogativa, sino también porque nadie pretendería ser atacado de chismoso e insolente. No obstante, los memes dan cuenta clara de lo anterior —corroborando, así, los testimonios de nuestros informantes—, como aquel que dice: "Le pusieron 'mipera' porque 'burdel hospitalario' no lo aceptó la Secretaría de Salud". El tema de la sexualidad es abordado como un medio para aprobar los exámenes o llevar una vida menos complicada en el hospital. La mujer es representada como lujuriosa, ambiciosa o como el postre y amante del médico casado. El problema es complejo porque el asedio no parte únicamente de los hombres, sino también de algunas mujeres que tienen una posición jerárquica más alta. Asimismo, es cierto que el coqueteo es una forma de relacionarse en un medio hostil y conflictivo, en donde las competencias, los celos y las envidias están a la orden del día. La coquetería puede cumplir diversas funciones, como la de evadir algunas tareas, contar con ciertas prebendas, facilitar trámites, obtener un encuentro amoroso, manejar ciertas situaciones institucionales.

Decíamos que el humor gráfico del meme surge porque hay un espacio de comunicación cibernético que comparten las variadas comunidades —entre las cuales se encuentra la de los médicos—, y que garantiza su recepción y reproducción por medio de las computadoras y los teléfonos celulares. Recordemos que la comunidad de médicos hace sus propios grupos; los residentes no son la excepción, de tal suerte que los R-1, 2, 3 y 4 se comunican horizontalmente entre ellos, enterándose así, de lo que sucede en todos los hospitales de la red a la que pertenecen. En efecto, emisores y receptores se identifican en este humor que comparten casi de manera inmediata, gracias al uso de la telefonía portátil, que cuenta con los servicios de internet y las redes sociales. Quien realiza el meme no reclama ninguna autoría y puede libremente criticar, sin verse sometido a cuestionamiento alguno; además, la dosis de humor empaña la crítica institucional, aunque el receptor la reconozca en el chiste. El residente puede reír mientras cumple una guardia, descansa unos minutos, come sus alimentos, etcétera.

Figura 17



Meme médico.

No obstante, el humor del meme médico, por muy despolitizado que sea, es una denuncia oblicua que revela el ejercicio de un poder institucionalizado.[266] También, comentábamos, es un material etnográfico visual, como la fotografía o el video, que da cuenta de manera humorística de lo dicho en los testimonios y las entrevistas, o de lo anotado en el cuaderno de notas; es decir, el meme es información que reitera una serie de prácticas instituyentes que se llevan a cabo dentro del hospital. En el universo institucional de los médicos y enfermeras estos montajes proliferan sobre las más diversas situaciones. Si clasificáramos parte de este inmenso material, podríamos observar, al menos, los temas siguientes:

[266] "El humor es una actitud de estilo estoico que muestra el hecho de que la interioridad del hombre, su subjetividad pura, nunca puede ser alcanzada o cancelada por la situación, por adversa que ésta pueda ser; muestra que el hombre nunca puede ser agotado por su circunstancia [...] Esta significación del dolor se hace particularmente visible en el llamado humor negro, que destaca la trascendencia del hombre, no sólo frente a su facticidad en general, sino especialmente a los aspectos dolorosos, sombríos o siniestros de la existencia [...] La comicidad es el signo de la liberación. Sólo se puede reír si se guarda distancia de aquello de que se ríe". Jorge Portilla, *Fenomenología del relajo*..., *op. cit*., pp. 75-76.

a) el uso de la bata y el prestigio que ésta confiere;
b) las jerarquías médicas;
c) la explotación de los residentes y el abuso de autoridad;
d) los encuentros sexuales;
e) el carácter y dominio de las enfermeras;
f) la escritura de los médicos;
g) la superstición y el discurso del paciente, y
h) la dinámica de trabajo.

En síntesis, el meme es un elemento de información más que abre interrogantes sobre el papel del humor como crítica social y los efectos posibles en los receptores, y, asimismo, es un recurso que corrobora parte de la información obtenida en el contexto situacional.

Capítulo 4
El taller y el quirófano

El deseo de saber de la medicina se explaya en un deseo de ver: atravesar el interior invisible del cuerpo, registrar sus imágenes, no dejar nada en la sombra (es decir, inaccesible para la mirada), ni agregarle a la realidad nada que provenga de las fantasías o del inconsciente del clínico. Del hombre anatomizado de Vesalio a las nuevas técnicas del diagnóstico médico por imágenes, el tratamiento de la representación del cuerpo sigue el camino de una depuración del imaginario en la imagen misma.

Antropología del cuerpo y la modernidad
David Le Bretón

Habitus, conocimiento y tecnología

Erving Goffman estudia a las instituciones totales a partir de una división general entre el mundo del personal directivo y el de los internos. Sobre esta separación básica, analiza cómo el encierro forzado mortifica al "yo" de los internos, así como las estrategias que asumen para enfrentar esta condición institucional absorbente y degradante.[267] No olvidemos que la institución es un espacio donde se encuentran intereses distintos que están en constante pugna. Todo organigrama institucional es también un mapa de posicionamientos y un indicador de la toma de decisiones; baste observar el directorio con sus cargos, funciones y responsabilidades diversas. Los equipos de trabajo están estructurados por la división de tareas técnicas, como sucede entre los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales o los camilleros. Las relaciones de intercambio entre los actores están mediadas por infinidad de encuentros que se dan en situaciones muy

[267] Véase Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social…, op. cit.*

diferentes que resultan imposibles de describir en su totalidad.[268] Al enfocarnos en determinados casos o momentos emblemáticos, damos cuenta de la complejidad de las relaciones entre los agentes que responden al *momento institucional* de acuerdo al tipo de capital con el que cuentan (sindical, político, académico), de forma que no existe un tipo de relación o modelo rígido, sino cierta flexibilidad situacional.

FOTOGRAFÍA 98



Analizando la lesión.

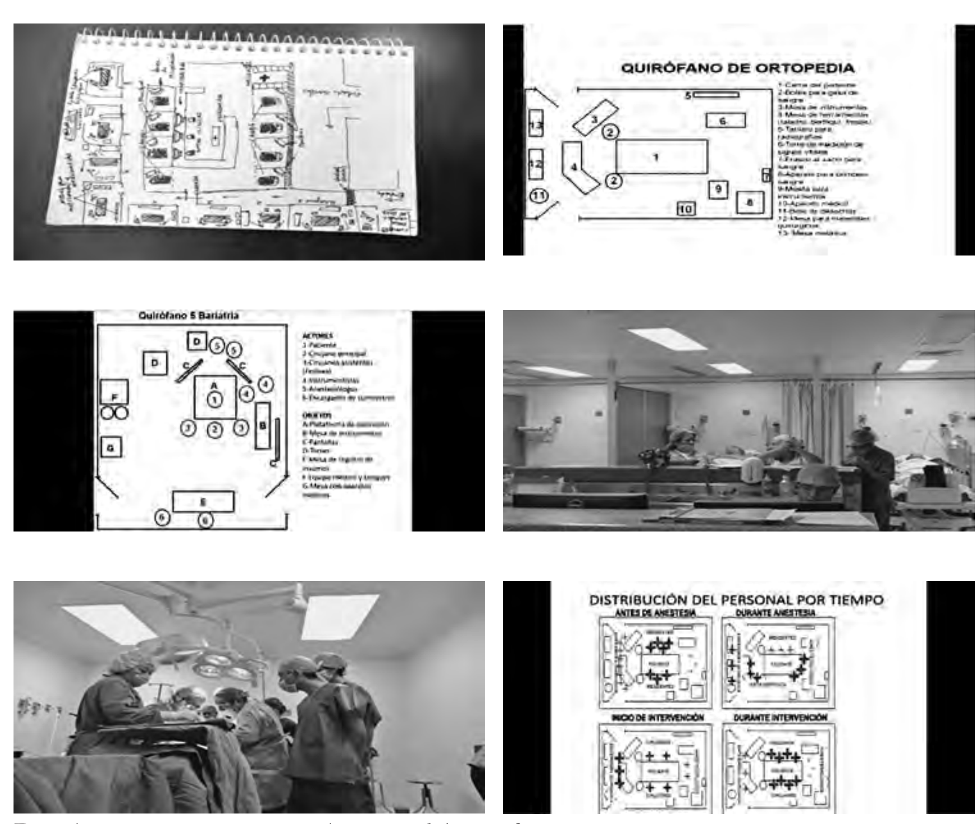
En medicina se conoce más sobre las enfermedades y el funcionamiento del cuerpo humano gracias a la división técnica del conocimiento dada por la creación de especialidades y subespecialidades. Comentábamos que la finalidad de actuar bajo códigos (mater, trauma, infarto, sepsia) es la de intervención simultánea de diferentes médicos especialistas, para la obtención de una perspectiva integral del estado de salud del paciente. Así, el especialista y el subespecialista, que saben cada vez más, pero de una porción menor del cuerpo, obtienen un diagnóstico integral gracias al trabajo colectivo, enmendando en alguna medida la fragmentación de la ciencia médica.

La tecnología en el aprendizaje médico es central e incuestionable. Se podría estudiar la historia de cada especialidad y reconocer los avances enormes logrados gracias al desarrollo científico. La intervención laparoscópica es un ejemplo

[268] Quienes llevan bata blanca son hombres y mujeres, viejos o jóvenes, sindicalizados o eventuales, directivos o adscritos, residentes o estudiantes, de cierto servicio o especialidad, que trabajan o no en hospitales privados, etc. Cada una de esas condiciones permite inferir una experiencia distinta de reconocimiento social e institucional y social.

más entre muchos otros, pues ya no se requiere abrir al cuerpo para extraer una vesícula o engrapar un estómago; bastan unos cuantos orificios para introducir unos brazos mecánicos y una pequeña cámara en el cuerpo, a fin de maniobrar con mejores resultados para el paciente. Los cirujanos manipulan dichos brazos mecánicos y ven el interior del cuerpo en alta resolución a través de un monitor computarizado; la tecnología se transforma en una extensión de su cuerpo, forma parte de él, y el especialista aprende a sentir y reconocer los tejidos a través de estos dispositivos metálicos. Hay una correspondencia, un acoplamiento y una consonancia del cuerpo con los instrumentos; los sentidos se re-educan, pues se observa a través de la pantalla y se perciben las texturas, durezas y viscosidades internas del cuerpo por medio de estas prótesis mecánicas.

FOTOGRAFÍA 99



Distribución e interacción en el espacio del quirófano.

Cuando existe una discrepancia entre los estudios realizados y la clínica, el médico debe optar por esta última y no al revés, pues de lo contrario lo único que

revelaría es una mala preparación profesional (esto sin descartar que en muchos casos sea necesario recurrir a estudios complementarios para hacer un diagnóstico definitivo):

> Actualmente los médicos piden, piden y piden estudios a los pacientes. En Medicina Interna está prohibido solicitar un estudio “para ver qué sale”. Cuando se ordena un estudio o un laboratorio es porque sabemos qué vamos a encontrar de conformidad a lo que se observó clínicamente. Un buen interrogatorio y exploración física debe otorgar un ochenta por ciento de certeza en el diagnóstico. Cuando no hay correspondencia entre la clínica y el laboratorio o el radiodiagnóstico, repites los estudios de laboratorio o rayos X. Si no vuelven a coincidir agarras todos los estudios, los tiras a la basura y te quedas únicamente con la clínica.[269]

FOTOGRAFÍA 100

Colocación de guantes.

La ciencia y la técnica han logrado un avance importante en la detección de las enfermedades, por ejemplo, a través de los estudios de laboratorio computarizado. Pero advierten los médicos del hospital que el uso en demasía puede

[269] Fragmento de una entrevista al jefe de Medicina Interna. En el mismo tenor, el doctor Felipe de Jesús Martínez, jefe del Servicio de Endoscopía, afirma: “Cuando se presenta dolor en el abdomen y tenemos que descubrir alguna enfermedad, requerimos explorar en el interior porque ahí se encuentran varios órganos. Pueden existir síntomas parecidos para enfermedades diferentes. El abdomen es una caja de Pandora, por eso hay que aprender a preguntar y a utilizar los cinco sentidos. Se explora y se toca el cuerpo. Se aprende con base a la repetición. El paciente quiere que lo escuches y que lo revises, que lo toques, lo que debes hacer adecuadamente”.

minar el trabajo reflexivo. Los médicos afirman que hay una tendencia cada vez mayor a pedir estudios diversos sin antes hacer una revisión o clínica diagnóstica que delimite el tipo específico de análisis que se requiera. El jefe del Servicio de Medicina Interna, el doctor Baeza, comenta que desde el siglo pasado se enseña en las universidades Historia Natural de la Enfermedad, en donde el médico aprende a sospechar y a reconocer una patología, cuando clínicamente no es evidente:

> Un ejemplo es el diabético. Cuando emerge la enfermedad es porque la persona tiene ya cinco, diez años o más de evolución subclínica, es decir, que vive con ella escondidita. Cuando se manifiestan con claridad los síntomas, la persona cree que la causa de la enfermedad obedece a una experiencia inmediata, porque hizo un coraje o se asustó.[270]

Otra manera de decir que la tecnología no debe suplir la clínica diagnóstica, se observa cuando llega un paciente herido a la sala de Urgencias y el hospital no cuenta con el personal técnico, los materiales o la maquinaria adecuada para obtener un ultrasonido o tomografía. Una persona que sangra debido a una lesión provocada por arma blanca o de fuego debe intervenirse. Demorar los estudios o dejar que el paciente sea atendido en el turno siguiente puede provocarle la muerte; si el cirujano no cuenta con esos recursos, procede a abrir el cuerpo para revisarlo:

> Un cirujano debe actuar —dice el doctor Gerardo Ojeda— ante los piquetes o balazos. Si la persona se encuentra estable, se explora. No debe transcurrir más de media hora. Uno mete el dedo en la cavidad, evalúa, calcula la profundidad. Si observas que sangra y no sientes el músculo, únicamente el borde que entra en la cavidad, es mejor revisarlo en el quirófano. Pero esto lo decides en la primera media hora y no lo dejas horas sangrando. La cirugía sin complicaciones no tarda más de 20 minutos. Al no contar con los estudios, se interviene. Aunque exista la tecnología o la robótica, no se podrá sustituir el factor humano, nadie platica con un simulador o una pantalla. *No hay mejor sistema de entendimiento para el ser humano que otro ser humano. Ningún perro sustituye en una terapia al psicoanalista.*[271]

No obstante, en muchos casos no graves se privilegia la tecnología de la imagen. El doctor Jorge Fuentes comenta que actualmente el médico, antes de atender al paciente y elaborar un diagnóstico, lo primero que ordena es la realización de los estudios;[272] coincide en que la apuesta indiscriminada en hacer exámenes de labo-

[270] Fragmento de una entrevista al jefe de Medicina Interna.

[271] Fragmento de una entrevista al subdirector del hospital.

[272] "El encuentro con el enfermo, el diálogo, la anamnesis, el examen, todo eso sumerge al médico en un universo de señales. Las emite el organismo de la persona doliente. El médico debe

FOTOGRAFÍA 101











Localizando el origen de la hemorragia en un paciente picado en la pierna.

---

desarrollar una sensibilidad particular para que las señales no se extravíen y lleguen a su destinatario. Entonces, en un abrir y cerrar de ojos, podrán componer una constelación de síntomas que él descifrará en forma de diagnóstico.

"La constelación de síntomas es como la constelación de las estrellas en el firmamento, que muestra al navegante el camino del puerto. Le permite situarse en el mapa; disipa las tinieblas y ahuyenta las dudas. Sucede como en un sueño en el que durante gran parte de la noche se nos aparece un desconocido que de repente se revela como alguien muy conocido y cercano. Ese instante, ese destello en que lo desconocido se convierte en lo conocido, se llama diagnóstico". Andrzej Szczeklik, *Catarsis…*, *op. cit.*, pp. 26-27.

ratorio es un abuso; los estudios técnicos reducen las posibilidades de aprendizaje y afirma que, *a diferencia de la tecnología, el paciente habla*. Reconoce que el avance tecnológico ha reducido la práctica de la autopsia, que antes era obligatoria y fundamental para la enseñanza, ya que era la única forma de conocer la causa de la muerte.

El médico es consciente de que la metáfora del cuerpo como maquinaria tiene sus límites, cuando se enfrenta a las distintas reacciones que pueden tener los pacientes ante un mismo tratamiento. La evolución del paciente contiene una franja de penumbra de la cual poco se sabe; cada paciente tiene una susceptibilidad muy diferente.[273]

Sin duda los avances de la ciencia y la técnica son importantes para el médico y nadie pone en duda que su práctica está mediada por éstos. Un instrumento aparentemente tan sencillo como el escalpelo electrónico, que tiene la función de cauterizar mientras corta los tejidos, es un minúsculo ejemplo del impacto que este cambio puede provocar en la práctica de la cirugía. La crítica que escuchamos sobre el uso de la tecnología apunta hacia la sustitución del oficio de la medicina, en tanto compromiso que requiere un tiempo de aprendizaje práctico, orientado por expertos, fruto de cientos de horas de trabajo rutinario, con el fin de conquistar una serie de saberes y habilidades, así como técnicas corporales que otorgan dignidad y respeto a la profesión. Si los cirujanos plásticos se quejan de que las universidades avalen académicamente con un título cursos de un año de capacitación para ejercer esta especialidad, es porque se piensa que las altas tecnologías pueden sustituir el trabajo del cirujano o convertirlo en un oficio parcial, flexible, enfocado a una demanda creciente de personas interesadas en adelgazar el cuerpo, rejuvenecerlo, etc., como sucede en los corporativos médicos que arreglan los problemas de la vista por computadora.

Se desconfía de la tecnología cuando se sustituyen los saberes adquiridos a través de años de entrenamiento y disciplina, que es lo que otorga un prestigio a la medicina. El médico debe comprender lo que se hace; sus conocimientos son consecuencia de la experiencia. Un médico preparado en la "vieja escuela" está en contacto con el cuerpo del enfermo, se impregna de éste a través de sus sonidos, sus quejas y olores. El médico no desconoce que atrás del padecimiento hay una persona con una familia e historia peculiar. Difícilmente y, a pesar de los diagnósticos clasificatorios avalados en manuales certificados internacionalmente, un psiquiatra ignora la trayectoria familiar del esquizofrénico.

[273] "Hay pacientes que vienen con un TA (tensión arterial) 200/140 y llegan caminando al hospital, se les corrige y no pasa nada; pero hay otros que con un TA de 160/110 hacen infarto cerebral o del corazón". Fragmento de una entrevista al jefe de Medicina Interna.

FOTOGRAFÍA 102



Colocación del pijama quirúrgico.

Los médicos interrogan más allá de los signos corporales; se enteran de cientos de historias que afloran atrás de cada enfermedad o padecimiento, e intuyen que muchos de estos males provienen de la interacción familiar o de los efectos de la exclusión social (pobreza, ignorancia, violencia), pero su profesión les exige enfrentarse con el cuerpo biológico; si los familiares se entrometen y el paciente, por ejemplo, no sigue el tratamiento, no obedece las indicaciones, etc., el médico de cualquier manera se enfrenta con las complicaciones que éste presenta. Se le puede indicar a una mujer que evite un nuevo embarazo porque correría un riesgo de salud grave y, si de cualquier manera se embaraza "porque así lo decide su marido", el médico está obligado a brindar la atención, a enfrentarse con el problema y a garantizar el funcionamiento del cuerpo y su homeostasis.

El reto de un médico es saber qué padece una persona cuando ésta se encuentra inconsciente y no puede expresar lo que le duele o siente; tomar los signos vitales, extraer sangre para su análisis, explorar las lesiones y medir la glucosa son recursos para obtener respuestas de un cuerpo que se considera, como decíamos, un aparato que presenta una falla en su funcionamiento.[274] En síntesis, cuando

[274] "Los anatomistas distinguen al hombre del cuerpo, desarman cadáveres y se inclinan sobre el 'hermoso ejemplo de la máquina humana' (Marguerite Yourcenar) cuya identidad es indiferente. El punto de partida epistemológico de la medicina está basado en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo separado del hombre, valorizado, percibido como el receptáculo de la enfermedad. Con Vesalio, se instaura un dualismo metodológico que nutre, aún en nuestros días, las prácticas e investigaciones de la institución médica. El saber anatómico y fisiológico en que se basa la medicina consagra la autonomía del cuerpo y la indiferencia hacia el sujeto que encarna". David Le Breton, *Antropología del cuerpo…*, *op. cit.*, p. 178.

los médicos critican el uso de la tecnología lo hacen porque puede creerse que ésta sustituye el conocimiento adquirido a través de los años, no porque desconozcan sus avances. El médico, insistimos, tampoco desconoce que atrás de cada padecimiento hay una persona, una historia familiar, una sociedad desigual, pero su práctica lo obliga a centrarse en la anatomobiología y, por ende, en el examen diagnóstico, el tratamiento o la intervención.

FOTOGRAFÍA 103



Lavado de manos en el área de quirófanos.

EL CUERPO COMO SISTEMA MECÁNICO E HIDRÁULICO Y EL QUIRÓFANO COMO TALLER

Si yo estuviera presente en cualquiera de las operaciones quirúrgicas más terribles, no hay duda de que, antes de que incluso ésta comenzara, la preparación de los instrumentos, la disposición de las vendas, el calentamiento de los hierros, junto a todas las señales de angustia y preocupación del paciente y de los asistentes, producirían en mi mente un gran efecto y me provocarían los más intensos sentimientos de piedad y terror.

Tratado de la naturaleza humana
David Hume

El título de este apartado puede parecer extraño a primera vista. La idea de taller remite a un lugar con mesas de trabajo, pegamentos, telas, madera, hilo, acero, agujas y herramientas como cinceles, tijeras, martillos, taladros, seguetas, serru-

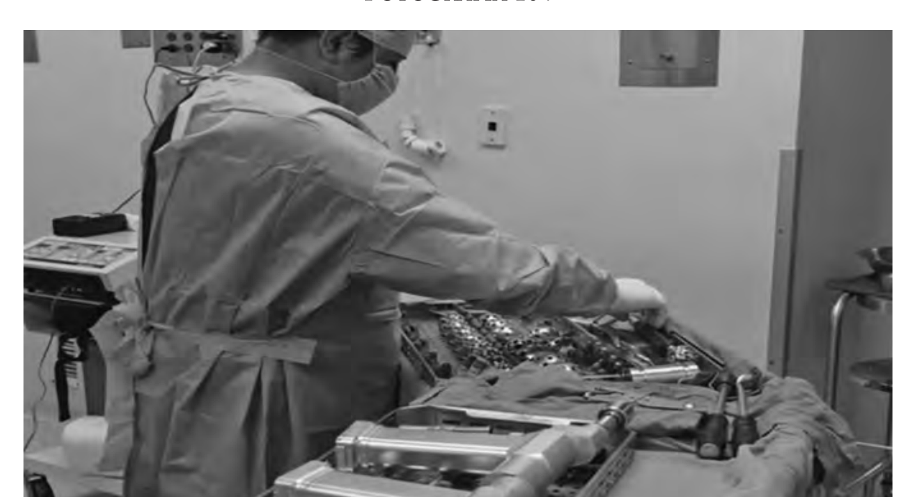
chos, machuelos, clavos, tornillos y soleras, donde se trabaja pacientemente de principio a fin en la elaboración de algún objeto por personas que, a través de muchos años, han adquirido el oficio y la paciencia de transformar la naturaleza en formas diversas. Cuando entramos a un taller, percibimos el ambiente cargado de olores característico de lo que ahí se elabora: pinturas, solventes, madera, acero, tela, plástico, soldadura, comida y hule, que se combinan con los ruidos propios de las herramientas que luchan por convertir, reparar o moldear la materia para lograr el objetivo proyectado. En el espacio de construcción se ve a los obreros impregnados de los materiales que manipulan mimetizándose con ellos; aprender un oficio es una decisión que implica dedicar muchos años de vida al trabajo en detrimento de otras actividades.[275] El saber/hacer divide el tiempo en obligaciones y responsabilidades que paulatinamente van aumentando; cada habilidad que se adquiere, cada fase que se domina se acumula en el cuerpo en forma de experiencia. El dominio del oficio se sustenta en la absorción de distintos y combinados saberes que aumentan la capacidad de dominio sobre el cuerpo, el instrumento de trabajo y el objeto. El *habitus* se traduce en un sistema de disposiciones (técnicas corporales, destrezas y conocimientos latentes) in/corporado, listo para ser aplicado de conformidad con el contexto o la situación social. El cuerpo lleva la impronta de la estructura social, que ha dejado sus huellas estructurantes en los horizontes del pensamiento y la acción:

> Las conminaciones sociales más serias no van dirigidas al intelecto, sino al cuerpo, tratado como un verdadero *recordatorio.* Lo esencial del aprendizaje de la masculinidad y la feminidad tiende a inscribir la diferencia entre los sexos en los cuerpos (en particular mediante la ropa), en forma de maneras de andar, hablar, comportarse, mirar, sentarse, etc. Y los ritos de la institución no son más que el límite de todas las acciones explícitas las cuales los grupos se esfuerzan en inculcar los límites sociales o, lo que viene a ser lo mismo, las clasificaciones sociales (la división masculino/femenino, por ejemplo), en naturalizarlas en forma de divisiones en los cuerpos, las *hexis* corporales, las disposiciones, respecto a las cuales se entiende que son tan duraderas como las inscripciones indelebles del tatuaje y los principios de visión y

[275] "[...] diez mil horas es el tiempo normal que se requiere para convertirse en experto. El psicólogo Daniel Levitin observa que en estudios sobre 'compositores, jugadores de baloncesto, escritores de ficción, patinadores sobre hielo... y grandes criminales, esta cifra aparece una y otra vez' [...] La regla de las diez mil horas se traduce en una práctica de tres horas diarias durante diez años, sin duda un periodo de entrenamiento común en jóvenes deportistas. Los siete años de aprendizaje en una orfebrería medieval representan un poco menos de cinco horas de trabajo diarias, lo que concuerda con lo que se sabe de los talleres. En el caso de un médico interno residente, las extenuantes condiciones de trabajo pueden comprimir las diez mil horas en tres años o menos". Richard Sennett, *El artesano, op. cit.*, pp. 212-213.

división colectivos. Tanto en la acción pedagógica diaria ("ponte derecho", "coge el cuchillo con la mano derecha") como en los ritos de institución, esta acción psicosomática se ejerce a menudo mediante la emoción y el sufrimiento, psicológico e incluso físico, en particular el que se inflige inscribiendo distintivos, mutilaciones, escarificaciones o tatuajes, en la superficie misma del cuerpo.[276]

FOTOGRAFÍA 104



Instrumental.

En el hospital el aprendiz obtiene en pocos años y de manera intensa los conocimientos técnicos, cognitivos y de previsión para ser reconocido como un especialista de alta capacidad.

En el taller, como en el hospital, existe una división técnica del trabajo que es también una división social; regularmente, la división técnica está relacionada con la complementación táctica de funciones asignadas a las personas de acuerdo a su capacidad. El dominio de un oficio, profesión o especialidad a través de la práctica es fundamental. Un "maestro de obras" con experiencia en la construcción puede burlarse de los cálculos del joven arquitecto, que no conoce con profundidad el terreno que pisa. Las enfermeras que llevan años trabajando en el hospital y que manejan una serie de técnicas, como la colocación de un catéter, un respirador o el lavado de heridas, ponen rápidamente en su lugar al joven médico

[276] Pierre Bourdieu, *Meditaciones pascalianas, op. cit.*, p. 187.

Fotografía 105



Aprendizaje y mimesis corporal.

ante la primera orden que reciben. En el hospital los posicionamientos derivados de la división técnica del trabajo se traducen en un espacio de interacciones sociales conflictivas, en donde se pone en juego el reconocimiento a través de las formas de dominación y resistencia.

El sociólogo canadiense Erving Goffman en uno de sus ensayos titulado "El modelo médico y la hospitalización psiquiátrica" muestra cómo el prototipo de atención médico-psiquiátrica que se brinda en la sociedad occidental parte del modelo contractual que nace del taller de reparación.[277] Cuando llevamos a componer una radio o cualquier otro aparato, se establece una relación entre el cliente y el técnico que imbrica tres lógicas en la situación, a saber: *a*) la profesional, relacionada con la evaluación técnica que se realiza sobre el desperfecto y el tipo de arreglo que necesita el objeto; *b*) la contractual, que establece un acuerdo sobre el costo y el tiempo de reparación (el compromiso entre las partes involucradas); *c*) la emotiva, que vincula a las personas en función del trato, los rituales de cortesía, los saludos, el tono de voz, el respeto. El ensayo de Goffman estudia el campo psiquiátrico y la relación psiquiatra-paciente. Destaca los límites de dicho modelo de reparación cuando en lugar de objetos, se trata de personas. La metáfora del desperfecto termina ahí donde aparece la transferencia emocional entre personas. Goffman reconoce que entre el psiquiatra y el enfermo mental hay ese plus libidinal que complica el intercambio contractual, técnico y afectivo. No obstante, este modelo de reparación subyace en el quehacer occidental de la medicina, al considerar al cuerpo humano como una maquinaria compleja compuesta por varias estructuras, sistemas y circuitos (mecánicos, eléctricos, hidráulicos, bioquímicos), que sufren algún desperfecto y pueden ser reparados. La propuesta de Goffman es interesante porque no excluye la relación de implicación entre el médico y el paciente; si bien el hospital es el actor contractual, que establece los términos y condiciones de la atención médica, la relación médico-paciente está presente cuerpo a cuerpo, lo que no evita que el primero sea afectado por la palabra, la queja, el dolor y el sufrimiento del segundo.

Uno de los focos de interacción más intensos es sin duda el quirófano, donde un equipo de médicos interviene el cuerpo del paciente para "repararlo". Si bien cada servicio del hospital tiene sus propias coordenadas de tiempo y espacio —su propio encuadre—, el quirófano es el lugar que más se asemeja al taller; de ahí su importancia sociológica. La equiparación del taller con el quirófano y del cuerpo como una maquinaria es heredera de la Ilustración. El conocimiento científico avanzó en torno al cuerpo, incluyendo el estudio de la mente. La ciencia positiva no conoce límites y nadie duda que las investigaciones y descubrimien-

[277] Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social..., op. cit.*, pp. 316-378.

tos anatómicos continúen dando frutos. La utilización de la analogía con la máquina ha sido útil para explicar el funcionamiento del cuerpo humano y sus órganos, así como el cuerpo biológico lo fue para la sociología, *en tanto principio metodológico*, para comprender la integración funcional y articulada de la sociedad:

> [...] pensar un conjunto determinado de actividades sociales con ese carácter orgánico, buscando todas las conexiones que contribuyen al resultado que nos interesa, y viendo cómo se afectan unas a otras y cómo cada una se crea las condiciones necesarias para que operen las demás [...] Ver a la sociedad como un organismo no es en sí mismo un truco analítico, sino una advertencia general de prestar atención a todas las cosas que están conectadas con aquello que nos interesa. La idea de la sociedad como organismo, funciona especialmente bien cuando queremos reconocer y dar lugar en nuestro análisis a la variación independiente de subsistemas enteros de fenómenos que no están totalmente desvinculados ni vinculados de ninguna manera profundamente determinista.[278]

Las metáforas son útiles siempre y cuando explicitemos sus límites y alcances; hay que evitar la tentación de sustituir la explicación empírica por la narrativa analógica.[279] La idea de asociar el taller con el quirófano no es novedosa y la retomamos para observar cómo trabajan los médicos con el cuerpo del enfermo, y para registrar el orden de la interacción ritual, la división técnica del trabajo que se establece, así como la transmisión del conocimiento.

> *Una idea brillante de Pitágoras, según la cual las armonías musicales, es decir, los intervalos, se reflejan en simples relaciones numéricas, dio origen a una teoría de la belleza basada en el orden y la proporción. En cambio, la fuerza emocional de la melodía y la influencia que ejerce sobre el alma eran temas del "ethos de la música". Se creía que el alma podía ponerse de buen ethos o de mal ethos (talante). Los pitagóricos insistían con particular énfasis en distinguir la música buena de la mala para "no dejar nada al azar y no correr los riesgos que esto supondría en una materia moral y socialmente tan importante como la música". La ciencia del ethos constituye una de las teorías estéticas más peculiares de los griegos y dejó una impronta directa en la medicina.*
>
> *Catarsis*
> Andrzej Szczeklik

[278] Howard Becker, *Trucos de oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009, pp. 65 y 67.

[279] Véase Bernard Lahire, *El espíritu sociológico*, Buenos Aires, Manantial, 2006, pp. 67-91.

Tanto en el taller como en el quirófano se escucha música y se dicen bromas. Se enseña a manejar las herramientas, a escuchar el sonido del taladro o el de la segueta mientras se usa cuando se perfora o se corta el hueso. Como cualquier artesano, el cirujano aprende a reconocer las lesiones internas mediante el tacto; con las manos se mira y se trabaja, se toca el cuerpo ajeno y se educa el propio. Los médicos lo hacen con la finalidad de reconocer la enfermedad porque, para lograr curar a una persona, se debe aprender a palparla, verla, escucharla e incluso olerla (es la manera tradicional de reconocer una infección):

> Observar, auscultar, dar golpecitos, palpar,
> ir zarandeando los males hasta dar con su espíritu,
> prestar oído a lo efímero para hacerle de espejo.
> Ay, comprender cuán sencillo puede ser lo complejo.[280]

Es Goffman nuevamente quien brindará los argumentos para el análisis de la situación y de lo que denomina "marco" en una de sus obras más emblemáticas, realizada casi al final de su vida: *Frame analysis. Los marcos de la experiencia.*[281] En esta investigación expondrá los elementos que estructuran el sentido de la acción bajo determinado "cuadro" o "marco" específico. En sociología —como en antropología y en psicología— conocer cómo las personas aprenden e introyectan valores, tradiciones, comportamientos, normas, patrones de conducta y formas de hablar es central para comprender el proceso de socialidad que permite al agente comportarse adecuadamente en distintos escenarios sociales; reconocer éstos, y diferenciarlos para actuar en consecuencia. Estar en el hogar, el cine, la escuela o un funeral supone el manejo y dominio de la interacción, cuestión imposible de lograr sin antes haber incorporado saberes y vivencias desde una edad muy temprana. Cada persona porta un capital social y cultural que hace valer en cada escenario de la vida al que se enfrenta. El reconocimiento del marco social supone la adaptación a una serie de reglas de uso y apropiación, de los objetos, el espacio, de las maneras de hablar y comportarse que construyen el orden simbólico del intercambio ritual. La equiparación del taller con el quirófano es posible por el montaje de este último, que recupera elementos del primero, más allá de las claras diferencias que existen.[282] La analogía es útil desde el momento en

[280] Andrzej Szczeklik, *Core. Sobre enfermos, enfermedades y la búsqueda del alma en la medicina,* Barcelona, Acantilado, 2012, p. 11.

[281] Véase Erving Goffman, *Frame Analysis…, op. cit.*

[282] Así sucede cuando los ladrones fabrican un marco similar al de una situación cotidiana para sorprender a todos y llevar a cabo su fechoría, por ejemplo, cuando un vehículo de la empresa Teléfonos de México se encuentra estacionado frente a un comercio, en espera de que la camioneta de

que son espacios donde el cuerpo aprende nuevamente a ver, sentir, escuchar, oler e incorporar a través de la práctica una serie de conocimientos y habilidades, listas para ser usadas en caso necesario. Se aprende a nombrar y agarrar las herramientas desde que se asean y acomodan; a sentir y ajustar la mecánica de su posición y movimiento para unificarse con las posturas del cuerpo; se corrobora el sonido y el olor que producen, de la misma forma que lo hace el herrero, el carpintero o el cirujano cuando perforan el hierro, la madera o el hueso.

El hecho de saber en qué momento se rompe un marco o se transforma en otro es importante para no derivar en explicaciones simples, como la de afirmar que, por el hecho de que se escucha música o se dice un chiste, no se toma el trabajo en serio.[283] Sin duda, las prohibiciones impuestas ordenan la interacción y forman parte de la cultura de cada sociedad, de los grupos, instituciones, así como de cada situación particular. El origen de algunas de estas prohibiciones puede ser incierto, pero la mayoría tiene la finalidad de conformar y reproducir un orden social. Por ejemplo, en el encuadre psicoanalítico se establece un ordenamiento del mobiliario (diván, silla del analista), de los turnos de la conversación, de las pautas del silencio, de la postura de los cuerpos, de la distancia entre los mismos, etc. Cada encuadre psicoanalítico es diferente, dependiendo de la escuela de pensamiento y el razonamiento teórico que le subyacen. En la consulta médica la relación entre el médico y el paciente se basa en el interrogatorio con el fin de conformar un historial clínico; el médico está autorizado a preguntar, revisar el cuerpo, palparlo, olerlo y escucharlo, situaciones vetadas en el encuentro psicoanalítico. Cuando el ginecólogo ausculta a una paciente en el hospital, requiere el uso de guantes, de la presencia de una enfermera e incluso, cuando la persona es menor de edad, del permiso de los padres. El comportamiento de cada profesional se expresa a través de protocolos de actuación que orientan la interacción simbólica en cada contexto o dispositivo clínico, lo que evita cualquier malentendido.[284] En el interior del quirófano existe una autorregulación de las responsa-

---

valores llegue por el dinero, mientras los supuestos trabajadores, vestidos con los uniformes de la empresa, simulan laborar. Nadie sospecha que se trata de un montaje adaptado a uno de los marcos de la vida urbana cotidiana hasta el momento del asalto.

[283] El libro de Goffman sugiere muchos escenarios de análisis sobre la experiencia vivida en un tiempo y un espacio determinados. Ahora bien, como toda situación sociológica, ésta es flexible y adaptable por los actores que la integran; nadie espera que las normas se apliquen tabla rasa y, cuando esto ocurre, hombres y mujeres se adaptan a la realidad, resistiendo, obedeciendo, etcétera.

[284] "Una modelo desnuda, por ejemplo, en cierto sentido no está literalmente desnuda; está sirviendo de modelo, de desnudo, de estatua humana por así decir; como préstamo de una persona a un acto inanimado. Aquí [...] se pondrá gran cuidado en aislar claramente la actividad en cuanto modelo, cerciorándose de que los límites antes y después sean nítidos. Y puede haber reglas que prohíban cruzar la mirada con la modelo durante el trabajo, presuponiéndose que cual-

bilidades y funciones del personal que garantiza precisamente el encuadre médico-quirúrgico:

> Al interior del quirófano, la ética depende de cada componente del equipo. El personal que participa es diverso: el cirujano, la enfermera, el anestesiólogo, los residentes. Cada uno tiene la obligación de escribir lo que sucede en la intervención quirúrgica. La enfermera registra los tiempos de cirugía, los medicamentos que se administran, los materiales que se utilizan. Cuando el anestesiólogo pide un banco globular tiene que registrar el tipo de paquete que llega: el folio, el volumen, la cantidad que se trasfundió, el tipo de sangre. Hay una autorregulación y vigilancia entre el equipo médico.[285]

FOTOGRAFÍA 106



Aprendizaje corporal maestro-alumno.

---

quier intercambio ratificado mutuamente puede debilitar el dominio del marco artístico y su capacidad para excluir otras lecturas, concretamente aquella que se ofrece a los participantes en un encuentro conversacional informal". Erving Goffman, *Frame Analysis...*, *op. cit.*, p. 83.

[285] Fragmento de una entrevista con el jefe de Servicio de Quirófanos.

Existe una serie de normas no escritas en cada escenario, y quebrantarlas puede transformar el sentido de las actividades que se pretende llevar a cabo, de ahí la importancia en el cumplimiento de los protocolos y los programas de trabajo, fundamento para el reconocimiento oficial de la autoridad. Un gesto inapropiado, una broma impertinente, un acercamiento indebido, bien pueden perturbar la situación. En palabras de Goffman, se produciría un "pinchazo de anomia" o se debilitaría el "marco". Un ejemplo de lo anterior sucedió dentro del INCIFO, donde un médico solía tocar la guitarra durante sus pausas de trabajo, cuestión que provocaba enojo con los familiares de los fallecidos, por lo que se le llamó la atención para que evitara dicha conducta.[286] Recordemos que las palabras, los gestos, las bromas, los objetos, la vestimenta y el comportamiento adquieren sentido en cada contexto relacional, lo que implica que se deben analizar en cada marco específico y no ser interpretados aisladamente.

El primer contacto en el hospital es con el cuerpo del paciente internado, cuando se le toca para tomar los signos: temperatura, presión, sangre, fluidos, etc. Es común en carreras como de la medicina o la de odontología que las primeras prácticas clínicas se lleven a cabo con los compañeros de escuela o los familiares. *El médico aprende de ese contacto cuerpo a cuerpo.* Aprende del cuerpo dañado, enfermo, adolorido, silencioso, frío o con fiebre. Del cuerpo vivo y del cuerpo muerto. Los nuevos conocimientos y habilidades adquiridos serán fruto de esa *experiencia con el cuerpo del otro* para explorarlo, abrirlo, verlo, tocarlo, escucharlo, olerlo, así como para manipularlo. Comenta el pintor y escritor John Berger:

> Cualquier historia, en su significado más profundo, es algo que le sucede a los cuerpos: hombres, mujeres, caballos, incluso naves, que son como cuerpos. La diferencia que separa la información de las historias verdaderas, las historias que suceden a otros cuerpos, está en la perspectiva, en la óptica de los hechos [...] Para observar la esencia de los relatos, es necesario que el cuerpo propio y verdadero del narrador se encuentre en el lugar de los hechos o en las inmediatas cercanías. No se pueden realizar observaciones sobre una pantalla. Todo lo más que permite una pantalla es leer.[287]

Un jefe de servicio cuenta que los médicos aprovechan que los pacientes están sedados o adormecidos para realizar exploraciones, según se entiende, que no son necesarias ni forman parte del tratamiento del paciente, sino que son procedimientos "extrapadecimiento" sin más motivo que la enseñanza y la práctica

[286] Fragmento de una entrevista con el director del INCIFO de la Ciudad de México.

[287] Ryszard Kapuscinsky, *Los cínicos no sirven para este oficio. Sobre el buen periodismo,* Barcelona, Anagrama (Compactos, 365), 2016, p. 98.

de técnicas de reconocimiento. En las clases de patología de la escuela o facultad, o en el Servicio de Patología del hospital el cadáver es muy importante para estudiar los órganos y los tejidos del cuerpo, para examinarlos de cerca, cortarlos, sentirlos, etc. En el quirófano el educando inicia como observador y con tareas simples, como la de acomodar al paciente en la cama de operaciones, aseando la zona del cuerpo que será intervenida, y paso a paso irá escalando en las funciones y responsabilidades, como instrumentista, apoyando en la intervención (suturando, sosteniendo instrumental, secando la zona, moviendo o manteniendo fijas ciertas partes del cuerpo), hasta que llega el día en que conduzca la cirugía en su totalidad, bajo la supervisión del médico responsable. En este inter el residente tendrá una experiencia intensa con las manos, las cuales introduce en el cuerpo del paciente para conocer la textura de los tejidos, el tipo de arterias, la naturaleza de las fracturas, la gravedad de las lesiones, la forma de las placas metálicas, la medida de los tornillos, etc. La participación de los residentes en las cirugías aumenta conforme pasa el tiempo. Cuando el cirujano se complace por la extracción de un órgano, sin duda lamenta la pérdida, pero eso no obsta para reconocer el éxito en la cirugía:

> Lo cubre una tela azul que se extiende del pecho a las rodillas. Es un hombre como de unos 35 años de edad, 1.75 metros de estatura y un peso de 85 kilogramos; acostado en la camilla, intubado por la tráquea, mira fijamente las lámparas que se encuentran arriba de él, como si estuviera en estado hipnótico; parpadea de vez en cuando. Unos vendajes le aprietan las piernas desde abajo de las rodillas, hasta los tobillos; únicamente se asoma la punta del dedo gordo de cada pie. El brazo izquierdo envuelto en una tela plástica que registra la presión sanguínea. Dos parches destacan, uno, en el ojo derecho por donde entró una bala y el otro, en la mejilla izquierda por donde salió, destruyendo parte de la mandíbula y dentadura. Unos electrodos pegados al pecho registran la frecuencia cardiaca. El monitor, que se encuentra arriba y a un lado del paciente registra del lado derecho, en color verde, el número 91; abajo de éste, en color amarillo, aparece el número 52 y, en un recuadrito más abajo, se ve la cifra 0.5, en color azul. A la izquierda de la pantalla se ven dos trazos sinuosos, como si fueran carreteras de algún mapa o las gráficas de algún registro estadístico sobre fluctuaciones del número de accidentes en determinado periodo. El paciente inmóvil pero consciente, escucha el sonido del monitor y los preparativos para su operación. Las enfermeras acomodan el instrumental en las charolas; el sonido de las piezas metálicas se parece al que hace el lavaplatos cuando enjuaga los cubiertos. Nombran el tipo de tijeras, las cuentan, preguntan a la doctora: "¿cuántas quiere de párpados? Voy por unas tijeras curvas y otras más grandecitas [...]". La cirujana oftalmóloga, responsable de la intervención —mientras coge el pijama quirúrgico—, le comenta al R-4: "Usted no se me estrese doctor, deje que yo me estrese". La enfermera quirúrgica le dice a una de sus

estudiantes: amarre el pijama a la doctora. El anestesiólogo gira una perilla y la aguja de un reloj se mueve, al tiempo que bombea una bolsita de hule que se encuentra conectada a las mangueras y tubos de la tráquea —el paciente cierra inmediatamente el ojo descubierto—; después, agarra las bolsas con solución transparente que cuelgan de un perchero y lee las etiquetas, para comprobar su contenido. Los médicos que apoyarán a la doctora son dos residentes de cirugía plástica y reconstructiva (R-4 y R-3), ya que no hay residentes de la especialidad en oftalmología en el hospital. Mientras les colocan los pijamas quirúrgicos, la cirujana responsable le envuelve totalmente la cabeza al paciente, dejando al descubierto únicamente el ojo derecho, donde tenía el parche. Ahora le colocan los campos en el cuerpo, que son fijados con pinzas para evitar que resbalen, el paciente queda completamente cubierto con la tela de color azul cielo.[288] Uno de los médicos coloca una bola de algodón con algún antiséptico color ocre oscuro en la punta de unas pinzas y se lo da a la doctora quien empieza a limpiar la cavidad del ojo, cambiando las bolas de algodón usadas por otras nuevas. Luego, toma una jeringa con solución blanca y la introduce en el hueco. Mientras tanto, el anestesiólogo ajusta los monitores y escribe en su cuaderno de notas; lo mismo hace la enfermera, que se ubica cerca de la puerta de acceso al quirófano. Todo el equipo médico rodea al paciente, y, atrás de ellos, las mesas con el instrumental. A diferencia de los ortopedistas que tienen martillos, taladros, grandes separadores o limas, únicamente se ven cuatro tijeras, cinco pinzas y dos pequeñas navajas. La cirujana responsable explica a los residentes que la flanquean los riesgos de la intervención, hablan de la pérdida del líquido, del nervio óptico, de la posibilidad de colocar un implante. Se incorporan atrás de ellos algunos estudiantes, hay en total ocho personas entre los que participan y los que observan la extracción del tejido. Timbra el celular de uno de los residentes y éste le pide a la enfermera que atienda la llamada, ella responde: "Lo siento, soy enfermera, no secretaria ni telefonista". Todos sonríen. La cavidad del ojo es separada con un instrumento parecido a unas pinzas que en lugar de cerrarse se abren, fijando la apertura por donde entrarán los instrumentos como el escalpelo, las tijeras o las pinzas. Una cascada de luz cae de las lámparas hacia el rostro del paciente y baña parcialmente las cabezas de los médicos cirujanos que miran el huequito por donde alguna vez estuvo el globo ocular. La cirujana le dice al R-4, quien trabaja con el escalpelo: "Métete por atrás de la cavidad", mientras hace una curva con el brazo y la muñeca, como si fuera a abrazar a un niño. La doctora le pide a la enfermera —que se encuentra más interesada en mirar la cirugía que en colaborar— que les tome unas fotografías, y ésta le responde en tono jocoso: "Ahora sí, soy enfermera y fotógrafa". En la cavidad se nota una esferita roja rodeada de tejidos que van desprendiendo los médicos con unas pequeñas tijeras curvas; mientras

[288] "Empezar puntual, con todo donde debe estar, los paños quirúrgicos colocados de manera exacta y el instrumental pulcramente dispuesto, es un método fundamental para calmar el pánico escénico o quirúrgico". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 59.

cortan, jalan la piel con las pinzas. La doctora pregunta: "¿Qué tejido es ése?". Los residentes sonríen sin saber qué responder. Mientras la doctora los observa trabajar les orienta y hace constantes indicaciones con los dedos. Se aparece una enfermera en la puerta: "Doctor García le solicitan en transfer [...]". Sale el anestesiólogo del quirófano. Una extracción del tejido del ojo no es muy común por lo que se nota un mayor movimiento de personas dentro del quirófano; entran médicos, enfermeras, estudiantes para mirar la intervención, comentar algo y poco después salir. La enfermera fotógrafa le dice en tono de guasa al R-3: "¿Qué quiere cariño?". Se complica escuchar el dialogo entre los médicos porque el volumen del monitor es muy alto y continuo, como el timbre del metro. Cuatro veces seguidas, una pausa y luego dos, una pausa mayor y otra vez se repite el sonido del tuut-tuut-tuut-tuut... tuut-tuut. Mientras uno de los doctores filma la operación, una de las enfermeras "invitadas" le dice a una joven estudiante que hay que tener conciencia cuando se filma dentro del quirófano con el celular ya que no puede andar por ahí diciendo: miren lo que pasó, mientras sacude las manos con los brazos hacia arriba. La enfermera fotógrafa le pregunta a la cirujana: "¿Qué es esto?". "Eso es el músculo, eso otro es la grasa y éste es el ojo, todavía trabajamos en el nervio que está atrás del ojo. Nos faltan unas tijeras especiales en forma de curva, como una cuchara, para cortar mejor". Mientras interviene, al R-4 se le resbalan las gafas y voltea a ver a la enfermera, como diciéndole: "¿Me las puedes acomodar?". La enfermera lo bromea mientras se las coloca: "Los anteojos son para los ojos, no para la nariz, cariño". Al R-3 se le cae un instrumento al piso e inmediatamente después del sonido metálico se escucha: "¡Eh, eeeeh, las Cocas!". La enfermera dice en voz alta: "Las Cocas y la pizza", mientras se agarra el codo, como queriendo decir, que no se economice. "Páseme las pinzas para que lo jale y lo vean, dice la doctora; es el de atrás, miren, véanlo en el momento que salga". Por fin, se extrae el tejido del ojo. La enfermera y algunos médicos toman fotografías con los teléfonos, mientras sostienen el tejido con unas pinzas y miran hacia los celulares, se escucha: "Que se vean las caras". Mientras el tejido cuelga de las pinzas, alguien comenta: "Ya nació". La doctora pregunta: "¿Nos pueden tomar una foto a todo el grupo con el ojo aquí?". Pequeño festejo por el triunfo de la cirugía. Los médicos regresan a trabajar en la cavidad y hablan del tipo de sutura y de nudos que realizarán; R-4: "Hay que tapizar la cavidad". "Está bien —responde la doctora— pero tiene que sostenerse porque de lo contrario 'botará' la prótesis". Se habla de incisiones, de hematomas, de complicaciones [...]. "¿Entonces qué se le antoja doctor? ¿Una pizza hawaiana? Le comenta la cirujana al R-4, mientras sutura". Luego le advierte: "Así no se agarran las pinzas, doctor; con la otra mano, por los hilos [...]". El anestesiólogo bromea: "Dele un pinzaso en la mano". Todos ríen. La doctora le permite suturar al R-3; los instrumentos se encuentran en el pecho del paciente, sobre un campo, como si fuera un mantelito sobre la mesa al alcance del cirujano. Doctora: "Nooo, así nooo se cogen las pinzas, agárrela como si fuera la cuchara para comer. Si lo haces muy cerquita no puedes darle la vuelta y si te alejas demasiado también

> se dificulta". Enfermera, al R-3: "Cómo le tiembla la mano doctor [...] ¿usted no quiere foto?". "Tómasela de este lado y luego se la pasas por el WhatssApp", sugiere la doctora, mientras sigue observando el trabajo de sutura que lleva a cabo el residente de Cirugía Plástica. Doctora al R-3: "Ahí, donde hiciste una trencita [...] nooo [...] ¡ahí! jálalo primero y le das tensión y luego este hilo chiquito lo pasas hacia acá, así" (la doctora hace un movimiento giratorio con las dos manos, simulando el amarre y luego las separa, como si apretara el nudo). Cuando estás operando con el endoscopio todo lo haces con las manos elevadas.[289] "Se tiene que poner una conchita para que no cicatrice la herida y se pueda colocar la prótesis". Enfermera: "¿Se va a llevar el ojo en un frasquito?". Doctora: "No, se lo vamos a dar a Patología". R-4: "Hay que llevarlo, no para que lo analicen sino para que ellos lo desechen y no se convierta en un problema médico-legal". El R-3 pisa el instrumento que estaba tirado en el piso y se escucha el ruido del metal. Enfermera: "¡Otra Coca! Ya debes una Coca y una memela con salsa [...]". Están por terminar. La doctora comenta: "El paciente tenía esperanza de ver, decía que veía luz. La herida estaba en la parte posterior y tenía inundado de sangre cuando llegó [...]". "¡Pero cuando llegó no traía el ojo!", responde el anestesiólogo. Doctora: "En este tipo de urgencias, antes de extraer el órgano, hay que cerciorarse con estudios que está dañado, porque después te acusan legalmente. Además, la cirugía también lesiona". Concluida la cirugía del ojo, los médicos quitan el parche de la mejilla; hay un gran agujero por donde se ve la mandíbula superior sin dientes; lavan la zona con un algodón prensado por unas pinzas que cambian por otro, conforme lo utilizan. Empieza a brotar una espuma espesa y amarillenta, como si alguien batiera claras de huevo y luego agregara las yemas. Una vez que terminaron, pusieron un parche. El R-4 comenta que va a necesitar al menos tres intervenciones más para reparar totalmente el daño, mientras la doctora comenta: "¿De verdad tiene solución?".[290]

El relato reproduce el ambiente del quirófano cuando se lleva a cabo una cirugía sin complicaciones, lo que no significa que sea fácil de realizar. Los cirujanos trabajan cuidadosamente durante más de dos horas para extraer el tejido del ojo que se encuentra adherido al nervio óptico, lo que sugiere el cuidado que hay que

[289] Los cirujanos plásticos no tienen experiencia en intervenciones de los ojos, no obstante, esto no quiere decir que no tengan experiencia alguna; de hecho, su destreza en otro tipo de cirugías y en el manejo del instrumental es lo que les permite actuar, bajo la orientación de la oftalmóloga, en esta "nueva realidad". Como dice Pierre Bourdieu: "Una de las primeras funciones del concepto *habitus* es recordar que las primeras experiencias orientan a las segundas, las cuales orientan a las terceras: nosotros percibimos lo que nos sucede a través de estructuras que han estado metidas en nuestras mentes por lo que nos ha sucedido —es trivial pero, aún así, hay que pensar en ello—. Nosotros no recomenzamos a cada instante nuestra historia; un país tampoco". Pierre Bourdieu, *Sobre el Estado. Cursos en el Collège de France (1989-1992)*, Barcelona, Anagrama, 2014, p. 118.

[290] Notas del Diario de Campo.

Fotografía 107



Intervención quirúrgica: inoculación.

tener. El ritmo pausado, lento, como cuando un joyero coloca las piezas de un pequeño reloj, es lo que prima en esos momentos. Cuando se extrae el ojo, todos saben que lo más difícil de la operación ha pasado, y festejan el éxito obtenido con las fotografías. El sentido de la acción y las emociones que le acompañan no se relacionan con lo que le sucedió al paciente, sino con el resultado del trabajo quirúrgico.[291] Recordemos que los gestos, las palabras, lo glosa corporal deben interpretarse en un contexto de relaciones sociales específico. Ciertamente, como dicen los comunicólogos, el hombre no puede no comunicar: "La idea de que una persona está sola cuando está en una multitud, de que es un átomo anónimo, es verdad en sentido literario, pero no es la verdad de la que se componen las escenas callejeras en la realidad. Puede estar solo, ser un 'solo' silencioso, pero hace tantos gestos como un sordo mudo en una fiesta de barrio".[292] Algunas veces logramos interpretar ciertos gestos de carácter social como parte de una situación concreta, como cuando observamos a alguien mirar el reloj, mientras espera en la parada la llegada del autobús o cuando alguien observa en el interior de un restaurante insistentemente a una madre para que controle el llanto de su hijo. Existen innumerables gestos que la sociedad ha "objetivado" y que facilitan los encuentros entre las personas. Pero también existen marcos específicos de interacción que no son fáciles de interpretar (como tampoco lo es el sentido de la acción), ya que tienen sus propios códigos comunicativos.[293] Ningún gesto tiene significado en sí mismo, de manera inmanente, fuera de un tiempo y un espacio sociales.[294] La imagen de una fotografía en donde los cirujanos sonríen mientras muestran el tejido de un ojo puede ser ofensiva para la opinión pública, que le atribuye una serie

[291] "Como cabía esperar, aquella cirugía había causado mucho revuelo, y había un pequeño ejército de tocólogos, pediatras y enfermeros en el pasillo armados con un equipo de reanimación pediátrica. Los médicos y el personal de enfermería suelen disfrutar con casos dramáticos como ése, y aquella mañana reinaba un ambiente carnavalesco". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 75.

[292] Erving Goffman, *Relaciones en público, op. cit.*, p. 147.

[293] "Las interpretaciones erróneas de la experiencia y los significados de la gente son un lugar común en los estudios de la delincuencia y el crimen, de la conducta sexual y, en líneas generales, de la conducta ajena a la experiencia y el estilo de vida de los investigadores académicos convencionales [...]. Sin conocimiento basado en la experiencia de primera mano para corregir nuestro imaginario, no sólo no sabremos dónde buscar material interesante, tampoco reconoceremos que no es necesario investigar a fondo ni probar". Howard Becker, *Trucos de oficio..., op. cit.*, p. 35.

[294] "[...] deben estudiarse las 'sonrisas' en su escenario social si es que pretendemos entender los ámbitos de significación que les atribuyen los seres humanos de una sociedad dada cuando se lanzan unos a otros mediante la exhibición de su actividad facial [...] reconocemos que el movimiento de la boca es un segmento de una estructura que puede utilizarse como parte de un código y que no es específicamente significativo en sí ni de por sí". Ray Birdwhistell, *El lenguaje de la expresión..., op. cit.*, p. 40.

de significados al hecho que no necesariamente corresponden con la realidad; por eso el investigador debe estar cerca de las condiciones en las que ocurren los acontecimientos, saber escuchar e interrogar a los agentes involucrados en los mismos, analizar hasta dónde se rompe el "marco" o el dispositivo médico. Al respecto, comenta Howard Becker:

> Los científicos sociales siempre atribuimos, implícita o explícitamente, un punto de vista, una perspectiva y motivos a la gente cuyas acciones analizamos. Por ejemplo, *siempre* describimos los significados que la gente que hemos estudiado da a los acontecimientos de los que participa, de modo que la única pregunta en este caso no es sólo si lo hacemos, sino qué tan acertadamente lo hacemos [...]. Cuanto más nos acerquemos a las condiciones en que atribuyen significados a los objetos y acontecimientos, más certeras serán nuestras descripciones de esos significados [...]. Es peligroso adivinar o hacer suposiciones acerca de aquello que podemos conocer más directamente. El peligro radica en que suponemos mal, en que lo que a nosotros nos parece razonable no le hubiera parecido razonable a ellos [...]. A falta de conocimiento real, el imaginario toma la posta.[295]

El relato muestra, asimismo, otros momentos y preocupaciones que surgen en el quirófano: las bromas, los castigos, los posibles problemas legales, las jerarquías, la enseñanza y el ambiente del lugar. El quirófano es el centro de reparación de los cuerpos dañados y forma parte de un modelo de salas (Urgencias, Terapia Intensiva, Medicina Interna, etc.) casi fordista en el que el paciente atraviesa por varios momentos, por ejemplo, de Urgencias a Medicina Interna, de ahí, al preoperatorio y al quirófano, para pasar a la sala de Recuperación, etc.[296] En la fase operatoria intervienen los actores siguientes: residentes, enfermera quirúrgica, enfermera de insumos, instrumentistas, cirujanos, anestesiólogos e incluso los llamados proveedores (de prótesis y piezas). El quirófano se encuentra mucho más cercano a un sistema de organización bien planeado, y si bien se escucha música, se dicen bromas o hay coqueteos, no se rompe el flujo de actividad regido por las normas y protocolos médicos; ese tipo de licencias se dan sin romper la acción orientada hacia el foco de interés, que es el paciente. Tal vez esa franja de permisividad se extienda o adelgace de conformidad con cada caso quirúrgico y su cercanía con la vida o la muerte. El quirófano, además de ser un espacio físico, es una representa-

[295] Howard Becker, *Trucos de oficio...*, *op. cit.*, pp. 32-33.

[296] Comenta Edward Hall: "La gente que vive en 'pleno relajo' o 'en estado de constante confusión' es la que no logra clasificar las actividades y las cosas según un plan espacial uniforme, consecuente o previsible. En el otro extremo de la escala está la cadena de montaje, una organización precisa de objetos en *tiempo* y *espacio*". Edward Hall, *La dimensión oculta*, México, Siglo XXI, 1993, p. 128.

ción teatral en la que cada actor cumple una función y responde a necesidades específicas. Cuando una obra se ha representado cientos de veces, cada uno de los actores desarrolla su papel de una forma semiautomática, de conformidad con los ceremoniales institucionales; cuando la persona no cumple alguno de ellos puede ser duramente reprendida: "Momentos antes de iniciar una intervención quirúrgica, un residente fue visto por el cirujano ortopedista con el cubrebocas por abajo de la nariz, éste visiblemente molesto le regañó por descuidado: 'Si a usted le apesta la boca es su problema, así que súbase el cubrebocas'".[297]

FOTOGRAFÍA 108



Cubrebocas.

Una vez que las enfermeras preparan el cuerpo y los anestesiólogos duermen al paciente, los tiempos están marcados regularmente por el cirujano general a cargo: *cerramos el campo*, se señala la dirección del corte, se abre la zona, se colocan separadores y pinzas, sale la pieza, se lava la región, se sutura: "Nos vamos tendidos". Dentro del quirófano las jerarquías son visibles en la distribución de las tareas; el anestesiólogo adquiere una importancia capital, al tener la responsabi-

[297] "Un ejemplo de estos ceremoniales es la vestimenta, el cambio de ropa; el pijama quirúrgico no puede colocarse encima de la ropa de calle y, una vez puesto, no debe de salirse de la zona de quirófanos. El cubrebocas debe estar por encima de la nariz (algunos médicos lo sujetan con una cinta adhesiva, que inicia desde la gorra quirúrgica, pasa por la nariz y termina en el cubrebocas). Otro ejemplo es el lavado de manos; éste se realiza en varias fases, aplicando determinadas posturas, movimientos y tiempo". Notas del Diario de Campo.

lidad de mantener estable al paciente durante la intervención. Su función es tan importante como la del cirujano, aunque no le es reconocida —institucional y socialmente— con la misma claridad. No obstante, en el quirófano predomina el respeto entre los colegas y se confía en la preparación y la experiencia de cada uno de ellos. Si el paciente se desestabiliza (presión, respiración, ritmo cardiaco), o el cirujano tiene problemas para controlar una hemorragia, es el anestesiólogo quien interviene activamente (bajando la presión sanguínea, proporcionando sangre, manteniendo los niveles de los gases anestésicos, etc.). La enfermera o el enfermero quirúrgico cumplen seriamente su función de administrar el instrumental, pasarlo conforme transcurre la intervención, limpiarlo, acomodarlo, constatar que éste se encuentre en la charola correspondiente. La enfermera tiene un lugar en el quirófano y lo hace respetar, incluso algunas veces se le ve bromear con el cirujano. Si, por el contrario, un R-3 o 4, pese a estar interviniendo activamente, realiza un comentario de mal gusto o pretende ser superior a la enfermera veterana, esta última puede revirar el comentario o complicarle la vida, por ejemplo, no ayudarle a ponerse los guantes, la bata quirúrgica o llevar oportunamente los medicamentos.

FOTOGRAFÍA 109





Planeación y precisión quirúrgica.

La incursión médica, en principio, se lleva a cabo con base en la razón científica, más allá del nombre y el apellido de la persona, su procedencia o condición social. El médico trata al cuerpo como un objeto que tiene un desperfecto y necesita arreglarse. No debe involucrarse emocionalmente o conmoverse con cada persona que trata. El pudor en la relación médico-paciente se desvanece cuando se explora el cuerpo. Lo que prima es el interés por la salud. Respecto a las normas de contacto, comenta Goffman:

> En circunstancias corrientes, cabe interpretar el contacto físico como una intimidad, justificada por la relación o considerada como una infracción. Es evidente que cuando se dispone de una perspectiva médica o de otro "marco" técnico como el que ha de emplear un maquillador, el contacto puede producirse sin que se impongan sus repercusiones rituales.[298]

El médico tiene la vida de otro entre sus manos, y el paciente, a pesar de —o precisamente por— su estado de abyección, debe colaborar con aquél, dejar que lo vea, lo toque, le introduzca agujas o algún aparato como el endoscopio o el otoscopio. El deseo del médico está regulado por la razón; el del enfermo, por la salvación.[299]

El quirófano puede parecer un escenario de choque en que la seriedad es la regla, sin embargo, no es así, es un espacio que se presta para una infinidad de acciones, como la de bromear, coquetear, escuchar o tararear música, e incluso se puede ver bailar por unos segundos a alguien que aprovecha alguna pausa en la interacción quirúrgica (como sucedería en cualquier otro taller). En el quirófano las relaciones entre las personas son cordiales:

> La cercanía de los cuerpos mientras se trabaja se presta para la galantería, la broma y el coqueteo; un médico les dice a dos internas que se encuentran atrás de él, observando la intervención: "Si quieren acérquense más, si lo desean pueden pegarse a mi cuerpo, no hay ningún problema". Los residentes, hombres y mujeres, aprovechan para juguetear mientras trabajan, la vida y la muerte, sin duda, están rodeadas de cierto erotismo.[300]

Las miradas juegan un papel importante en la comunicación no verbal de los actores; dentro del quirófano la mirada ordena, solicita, conmina, reprocha, flir-

[298] Erving Goffman. *Relaciones en público, op. cit.*, p. 35.

[299] Véase François Dubet, *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad,* Barcelona, Gedisa, 2002, p. 232.

[300] Notas del Diario de Campo.

tea, insinúa. Detrás de estas prácticas no está solamente el cortejo, sino también una complicidad, un juego del deseo en el que tanto hombres como mujeres participan y aprovechan la interacción intensa para disfrutar el momento. No obstante, en medio de todo el aparente ajetreo que se observa existe un orden de la interacción riguroso en el uso de los espacios, el cambio de ropa, el registro de notas, el lugar que ocupa la camilla, los botes para los desechos, las mesas, los medicamentos, las charolas, los instrumentos (y su limpieza); existen técnicas para mover al paciente, para preparar su cuerpo (esterilización de la zona a intervenir, colocación de los campos de delimitación, administración de medicamentos).

Los médicos cumplen los protocolos de actuación en el lavado de manos, la colocación de guantes y el pijama quirúrgico, la planeación de la intervención, la división de tareas, la cooperación de cada integrante; el diálogo es continuo, las palabras guían al equipo, advierten, confirman; el médico responsable corrige las posturas, la fuerza de las manos, en suma, imprime ritmo y orden al concierto quirúrgico:

> Llegamos al hospital a las 7:30 a.m. Nos dirigimos al Servicio de Ortopedia donde el médico en jefe nos citó para ingresar al quirófano con el fin de observar una intervención de fractura de pelvis y fotografiar el trabajo del equipo médico. El paciente es un trabajador que coloca canceles de aluminio; mientras caminaba sobre un techo inestable, cayó de una altura de siete metros. Nos dirigimos al Área de Quirófanos, en donde hay un pequeño cuarto sin ventanas que se utiliza para cambiarse de ropa; nos colocamos el pijama quirúrgico. El gorro, las botas de tela y el cubrebocas los proporcionan en el acceso de entrada.[301] Las botas se colocan en el umbral, entre la zona del pasillo y la zona del quirófano, encima de los zapatos. Se coloca una bota primero y se pasa esa pierna al Área de Quirófanos y luego se hace lo mismo con la otra extremidad. El Área de Quirófanos es un cuadrado; en el perímetro, los quirófanos forman bloques uno al lado del otro y en medio hay un cuadrante menor, en donde los médicos y las enfermeras realizan sus notas clínicas en las computadoras; alrededor de ellos, separadas por un pasillo, las camas destinadas al área de recuperación.
>
> Se escucha que alguien repetidamente entona —a todo pulmón— una canción de Los Tigres del Norte: "Peeedro que guuustooo de veeerteee […]" es un anestesiólogo que deambula en los pasillos momentos antes de alguna intervención. Caminamos al quirófano ocho; no ha llegado todo el personal médico. Se observa la camilla metálica con manivelas, encima de la plancha, colchonetas negras. En la base tres botes forrados con bolsas de plástico de distinto color, para los deshechos. En una esquina, hay una máquina con monitores de diversos tamaños; empotradas en las

[301] "La zona previa a la entrada de los quirófanos se le denomina 'exclusa'". Notas del Diario de Campo.

paredes varias tomas de corriente que alimentan a los aparatos. Minutos después llega un médico residente —anestesiólogo— a enchufar cables y preparar los medicamentos que se utilizarán. En una pared lateral, se encuentra una mesa con bolsas de papel, gasas y sobres con diversos contenidos; en otra pared hay dos bancos fijos y tres mesas metálicas con ruedas. Una es rectangular, más larga, y tiene un pequeño barandal sobre la superficie; poco después las enfermeras y los estudiantes de enfermería, colocan ahí varios paquetes sellados que contienen los instrumentos, de conformidad al tipo de operación que se tiene programada.[302]

Cada instrumento ocupará un lugar exacto sobre la tela esterilizada encima de las charolas. La enfermera instrumentista es la encargada de revisar que el trabajo esté bien realizado y también de "cerrar" el área de intervención quirúrgica (como decíamos, durante la operación, guiará al estudiante en el pase de utensilios; en su limpieza, así como en la ubicación de todos aquellos materiales y medicamentos que necesiten los cirujanos). Enfermería registra todos los materiales para evitar cualquier extravío; las compresas, gasas o telas de algodón, que sirven para secar las lesiones, también se cuentan con la finalidad de calcular la pérdida de sangre. Sobre el techo del quirófano cuelgan tres grandes lámparas móviles. En una de las paredes está una pantalla luminosa que es utilizada para exponer las radiografías durante todo el tiempo de operación. Un reloj de pared señala que son las ocho de la mañana con doce minutos.

Camilleros y enfermeras, en un rápido y único movimiento —acompañado por quejas y gestos de dolor—, trasladan al paciente de la camilla rodante a la cama del quirófano. Prevalece el sonido de los instrumentos que se extraen de las bolsas y son colocados sobre las mesas (forradas con sábanas de color azul).[303] El cuerpo es preparado, esterilizado, manipulado. El anestesiólogo debe conocer los hábitos del paciente para calcular la reacción de los medicamentos, por eso le pregunta si fuma,

[302] "Uno de los paquetes contiene una etiqueta que dice: 'Hemiartroplastía', y enumera el instrumental siguiente: 1 charola de mayo de acero inoxidable; 1 botador de cadera; 1 elevador Murphy; 1 martillo mediano con cabeza desmontable de acero inoxidable y teflón; 1 impactador con teflón; 2 fresas (rimas) femorales; 2 sep. de Hibbis; 2 sep. de Bennet; 4 sep. de Hotman, grandes y medianos; 2 sep. de Blount c/2 ganchos (micaelas); 2 separadores de Richardson, 2 y 3 ganchos; 1 cucharilla de Brown # 7; 1 calibrador de Jamnson o Bernier sin tornillo; 1 gubia doble articulación recta; 1 osteotomo de 20 mm. Otro paquete está etiquetado para 'Cirugía menor' y enlista 1 serie de pinzas Kelly y Rochester curvas y rectas, 1 charola de acero inoxidable, separadores Barabeuf, pinzas estándar, bisturís del #3 y 4, 1 riñón. Observamos de paso que los nombres de algunos instrumentos se deben a sus inventores, de forma que en esas charolas se encuentra una historia acumulada de innovaciones, de perfeccionamiento y adecuaciones de las herramientas que serán utilizadas para cada tipo de operación". Notas del Diario de Campo.

[303] "Algunos paquetes contienen doble bolsa, de tal suerte que la enfermera quirúrgica rompe la primera para que el médico tome el paquete y éste rompa la segunda, y tome el instrumento esterilizado. Las mesas se colocan a un costado del paciente. Nadie puede tocarlas. Hay un protocolo para el lavado de manos; después del secado, se coloca un antiséptico y los guantes de látex". Notas del Diario de Campo.

toma alcohol o consume alguna droga.[304] Su función es mantenerlo con vida durante el tiempo de la operación, de ahí que sistemáticamente deba monitorear los signos vitales. Antes y durante la intervención los anestesiólogos llevan sus propias anotaciones, están al tanto de los signos vitales y enseñan a los residentes de su especialidad a intubar, a realizar cálculos para administrar la cantidad exacta de medicamentos y les hacen constantes preguntas con un tono de autoridad: "¿qué relajante muscular utilizarías?". La enseñanza con los residentes no sólo adquiere un tono serio, hay muchos otros momentos en los que platican cuestiones informales o chismean sobre lo que sucede en el hospital; en ocasiones aprovechan algunos minutos para sentarse en un banquito y revisar su teléfono celular.

Invariablemente alguno de los médicos conecta algún aparato electrónico para escuchar música durante la intervención; dicen que les ayuda a relajarse. Antes de iniciar la operación, el cirujano en jefe deja a dos estudiantes junto a la entrada. Deberán permanecer quietos hasta que se les indique donde colocarse. No hablan ni preguntan. El movimiento dentro del quirófano es cada vez más intenso. Predomina el silencio. Todo el mundo sabe qué hacer. El médico responsable coordina el desempeño del equipo de trabajo. El paciente queda sobre su lado lateral izquierdo. El cambio de postura es acompañado nuevamente de quejas y con palabras de aliento por parte de los médicos: "Pegue la barba en el pecho, trate de hacerse conchita, el dolor va a pasar pronto [...]".

El anestesiólogo cubre el cuerpo con tela, dejando únicamente a la vista una pequeña área de forma cuadrada, donde se aplicará la anestesia en la columna vertebral, a la altura de la cintura. Una vez adormecido, el paciente es cubierto con sábanas azules —denominadas campos— dejando descubierta la zona de intervención. A la altura del cuello, se levanta una barrera de tela, como si fuera una diminuta tienda de campaña, evitando así, que el paciente vea a los médicos y éstos el rostro del paciente. El cuerpo desnudo e inmóvil, desaparecido entre los *campos*, ha pasado a ser un objeto a reparar. En esos momentos, el organismo se traduce en signos y cifras que registran los monitores y aparatos —las llamadas torres— y que miden la presión sanguínea, el funcionamiento del corazón y de los pulmones.

Mientras se preparan los medicamentos, el médico le hace preguntas a su residente, lo examina sobre las técnicas quirúrgicas, discute la manera como se "entra" al cuerpo para localizar la lesión. Toda intervención sirve de pretexto para enseñar; sucede igual con los estudiantes a cargo de la enfermera quirúrgica que los encamina, a la par que los fiscaliza. El quirófano es un taller/escuela que posibilita la reflexión mientras se actúa. El grupo divide funciones precisas, pero todos observan y escuchan el trabajo de todos; el regaño de uno es el de todos. El quirófano bulle de actividad, la enfermera quirúrgica atraviesa una y otra vez revisando los

[304] "Comenta un anestesiólogo que el adicto metaboliza más rápido los medicamentos, a diferencia de una persona que no consume drogas y que tarda mucho más en sacarlo de su cuerpo, cuestión que se tiene que calcular". Notas del Diario de Campo.

insumos, la instrumentista comprueba que estén todas las herramientas que se solicitaron en el kit. Luego, acomoda los medicamentos, distribuye los instrumentos y las gasas; cuenta cada una de las cosas que se van a utilizar. La enfermera quirúrgica se muestra concentrada, observa con detalle la actividad de todos, gira las manos y prensa con los dedos los instrumentos que coloca en la charola. Como menciona Sennett en *El artesano*, la habilidad adquirida atraviesa por la familiarización física con el instrumento y la coordinación manual, gracias a su manipulación constante; la repetición termina por naturalizar los movimientos del cuerpo y de la vista. Los cirujanos, en uno de los corredores externos al quirófano, inician el lavado de manos de acuerdo al protocolo (tiempo y técnica de tallado y forma de enjuague), ingresan al quirófano con las manos levantadas —no pueden estar abajo de la cintura— y los codos pegados al cuerpo; los dedos de las manos separados. Después del secado con campos esterilizados, se untan algún gel antiséptico. Un residente le abre la bata al cirujano para que introduzca los brazos, mientras la enfermera le ata los cordones; otra enfermera extiende la abertura del guante para que introduzca la mano y después jala y estira el látex, para que los dedos ingresen de forma adecuada en el guante. Ajustados los guantes, hacen que las manos se vean lisas y brillantes, parecidas a las de un maniquí. Ese pequeño rito no deja de tener un chispazo de solemnidad. El gesto se repite con cada uno de los residentes. El equipo del cirujano se halla listo, se mantienen parados esperando iniciar, con las manos levantadas, como si estuvieran congelados.

Una vez cubierto el cuerpo del paciente y despejada el área de intervención, los médicos observan la radiografía, señalan la imagen, la comentan, acuerdan la manera en que abrirán el cuerpo, las posibles consecuencias.[305] Relata el médico que, después de la fractura de columna, la de cadera es una de las lesiones más graves: "Aunque no encontremos una lesión vascular o de vísceras, vamos a necesitar unos tres litros de sangre". Cada integrante toma su lugar en esta puesta en escena. Las tareas se distribuyen jerárquicamente. El cirujano responsable está al mando y es quien inicia la intervención junto a los residentes de mayor rango (R-4 y R-3); los residentes de menor categoría (R-2 y R-1) llevan a cabo las tareas más simples (apoyar a la enfermera quirúrgica, limpiar los instrumentos, sostener herramientas durante la intervención). Cuando las intervenciones no son tan graves, los cirujanos responsables, tienden mucho más a dirigir y orientar a los residentes. Tal

[305] El médico comenta que tiene una fractura mayor de pelvis, que la operación que se va a realizar se lleva a cabo en muy pocos hospitales debido a su complejidad. "Es una lesión mayor que no queremos ver en la calle nunca. Se aprende a resolverla operando. La otra forma es practicando con cadáveres. También contamos con un esqueleto que se llama Juan (sabemos que fue un paciente que donó su cuerpo para la escuela), donde practicamos la colocación de placas. También hay plásticos para practicar, aunque no tienen la misma consistencia". Nos muestra las placas de acero que se colocarán en la pelvis. "Ahora las radiografías son digitalizadas —se escanea la zona afectada cada dos milímetros— pueden realizarse las partes óseas en vaciado". Notas del Diario de Campo.

y como describe el sociólogo Richard Sennett, cuando ejemplifica lo que sucede en los talleres de soplado de vidrio, los aprendices son los que atizan el fuego y los maestros quienes realizan el soplo y manipulan el vidrio. Así, en el quirófano, está presente esta distribución jerárquica de las tareas.

Cuando se escucha: "Se cierra el campo", las enfermeras desplazan las mesas con el instrumental haciendo un medio círculo en la parte inferior del paciente, ubicándose una o dos de ellas entre éste y el instrumental. Los cirujanos se colocan en cada uno de los lados del cuerpo, mientras los anestesiólogos se ubican atrás de la cabeza del paciente, quedando éste literalmente rodeado de instrumentos, aparatos y personas. La enfermera le pasa un bisturí al cirujano, mientras que otro hace una marca a presión en la zona de la cadera con alguna guía, antes de realizar la incisión, tal y como en el taller de herrería se utiliza un buril, para definir el corte sobre el metal. Mientras se lleva a cabo la incisión, otro médico seca el área con compresas y uno más separa con ganchos metálicos los músculos. Las manos del cirujano abren, cauterizan, secan, lavan, exponen el área dañada del cuerpo, hasta dejar a la vista el hueso fracturado. Son manos que se coordinan en un movimiento continuo que divide el trabajo, ya que entre ellas circulan los instrumentos, las gasas, el extractor de líquidos, los materiales; *no son manos que chocan o se disputan nada entre sí*, entorpeciendo el ritmo de trabajo. Cada una cumple determinada función que la mayoría de las veces se intercambia. Las manos más experimentadas palpan, reconocen el origen y la gravedad de la lesión, e invitan a que las menos experimentadas la sientan, aprendan a "verla", sepan qué hacer ante el problema. Los dedos se introducen, tocan, oscilan, sienten, miden y calculan la gravedad de la lesión. Se observan nuevamente las radiografías para comparar la lesión encontrada con las imágenes; se conversa sobre el diagnóstico, y deciden cómo y dónde atornillar las placas. Los instrumentos circulan, se limpian, se acomodan; los anestesiólogos ajustan alguna válvula, regulan las bolsas de suero con medicamentos, cuentan las gasas empapadas en sangre. A los estudiantes de medicina se les permite acercarse y observar. El trabajo es colectivo y únicamente participan quienes han sido precisamente seleccionados.

Todos los actores están al tanto de la intervención, la instrumentista observa que la zona sangra y arma una pinza con una gasa enrollada en la punta, se adelanta a la secuencia, de igual forma pasa el instrumento adecuado, sin que el cirujano lo pida. Un cirujano toma un taladro y penetra el hueso, se le dice que tenga cuidado, que controle la broca porque puede lesionar algún tejido. La placa tiene forma de un pequeño cinturón de acero con agujeros. Se fija perpendicularmente a la línea de la fractura. El tornillo es demasiado corto, se tiene que quitar y colocar uno más largo: "Más vale que sobre una cuerda y no que el tornillo se suelte", comenta el cirujano. Se observa al fondo, entre los tejidos de la carne y la grasa, una placa blanca con una línea sinuosa: es el hueso de la cadera fracturado. Los ortopedistas trabajan con herramientas e instrumentos similares a los de los cirujanos plásticos, pero mucho más grandes y toscos: taladros, martillos, cinceles, limas,

soleras. Los sonidos de las herramientas cuando golpean, agujeran, rompen, cortan, liman son fuertes y retumban en el quirófano, con razón los equiparan con los carpinteros. Las pinzas y otros instrumentos son sumergidos en líquidos antisépticos, las gasas prensadas, transportadas sin que sean tocadas por las manos enguantadas; una enfermera voltea a vernos y nos advierte: "Tengan mucho cuidado porque si alguno de ustedes toca una mesa tendré que levantar todo el instrumental". El médico nos explica que la función del cubrebocas es contener cualquier partícula de saliva que pudiera expulsarse al hablar ya que es una fuente de infección puesto que *la boca tiene más bacterias que el ano.* El miedo a la contaminación está presente en cada intervención: las manivelas de las lámparas son cubiertas con guantes látex para su manipulación, se evita que las personas pasen de un quirófano a otro, se prohíbe meter objetos ajenos al lugar, entrar con ropa inadecuada, se cubren las mesas de las herramientas y al paciente con tela esterilizada (campos), se limpian sistemáticamente los instrumentos, las manos, las heridas, etc. Incluso, la exposición prolongada a la luz y el calor de las lámparas, ocasionan que los tejidos se sequen y generen bacterias (de ahí que constantemente se limpie con agua la zona de intervención). Estos cuidados, que dividen la frágil frontera entre lo puro y lo impuro, dan una idea de esa lucha permanente, nunca del todo exitosa, que tienen los hospitales por evitar que se contagien de alguna infección los pacientes. En unos minutos, la pulcritud del quirófano, representado en el blanco de los guantes, batas y gasas, se ve impregnada de carmesí. La intervención quirúrgica es un proceso artesanal que requiere la paciencia necesaria ya que cualquier precipitación puede tener consecuencias graves.

Los cirujanos concuerdan en que, aunque se cuente con los estudios e imágenes pertinentes de la lesión, siempre hay una distancia entre lo previsible, lo que se programa y lo que se encuentra en la intervención; pero se trata de reducir esa distancia para salir airoso de la situación. Los cirujanos pueden tomar placas radiográficas en el transcurso de la intervención y evaluar el avance de la misma o modificar su plan de trabajo. Durante la cirugía de la pelvis el cirujano responsable advierte al resto del equipo médico del riesgo de dañar el nervio ciático, o de cortar una arteria, lo que complicaría sobremanera la operación (aunque haya sangre disponible). Los médicos miden, perforan el hueso, colocan y ajustan la placa, la amoldan hasta que coincida con la forma del hueso; conforme el tornillo es enroscado, la placa de acero se nivela y ajusta con la pelvis fracturada. Sonrisas de triunfo. La zona ya está reparada, hay que cerrarla.[306]

Cada médico hace su labor como si fuera independiente del resto, y, no obstante, todos los cuerpos se comunican en un mismo concierto. Los médicos trabajan juntos en el quirófano, sus cabezas inclinadas están separadas por unos cuantos centímetros, como cuando los jugadores de futbol americano hacen un *team back*.

[306] Notas del Diario de Campo.

Fotografía 110



Reparación del cuerpo y trabajo en equipo.

Grandes lámparas que cuelgan del techo iluminan el centro del quirófano en donde se encuentra el paciente; los médicos, como atraídos por esa fuente de luz, rodean su cuerpo. Muchas veces, cuando los equipos tienen años de conocerse, el diálogo es mínimo, predominando el lenguaje corporal. Los gestos sustituyen el discurso verbal y forman parte de la comunicación dentro del quirófano; negar o asentir levemente con la cabeza, un pequeño golpe con el codo, mover la mano para adelantar la toma del instrumento, señalar la charola, ajustar la posición y la presión del instrumento del compañero y reorientar la mano que tiene el escalpelo son parte de esa conversación silenciosa entre los actores. En otros momentos se conversa de forma cruzada en pequeños grupos; los anestesiólogos ríen, un residente toma fotografías con su celular, otros se desplazan en silencio. Las enfermeras y anestesiólogos anotan todos los materiales que se ocupan durante la operación. El cirujano realizará su reporte una vez concluida su participación en el Área de Recuperación. Cuando se reconocen momentos de mayor gravedad, el ambiente del quirófano se transforma, adquiere cierta solemnidad, el ritmo de la actividad se incrementa, predomina el silencio.[307] El diálogo se reduce a las indicaciones necesarias, las bromas cesan, la atención hacia los monitores es constante.

Se dice que cada cuerpo responde de manera distinta a la misma intervención. El ritmo de los movimientos, si bien es controlado por el médico responsable, también depende del cuerpo del paciente, del tipo de lesiones que presente, que son las que dictan el quehacer del cirujano ante lo imprevisto. Si el cirujano titular lo decide, puede dejar la pauta de algún procedimiento a uno de los residentes para que lo termine; forma parte de la enseñanza:

> El médico responsable se define como el director de orquesta. Él es quien decide el orden de participación de acuerdo al sistema de jerarquías. Supervisa desde las primeras prácticas médicas que van aumentando, como es natural, de complejidad. Corrige sobre la marcha el trabajo de los médicos residentes, orienta, explica. Sucede lo mismo con el médico anestesiólogo y la jefa de enfermeras que tienen también personal a su cargo. El cuerpo del paciente se transforma en objeto de enseñanza continua.[308]

El médico que se enfrenta a casos muy graves evalúa al paciente y, si tiene posibilidad de recuperarse, es enviado a Terapia Intensiva, mientras que si el panorama no es nada halagador, se le envía a Medicina Interna para que se le otorguen

[307] "El silencio es la atmósfera más adecuada para la aparición de ciertos valores, y tal vez en la medida en que el valor, es de mayor rango, el silencio es, paralelamente, una condición indispensable de su aparición". Jorge Portilla, *Fenomenología del relajo..., op. cit.*, p. 25.

[308] "Un jefe de servicio afirma que es importante que los residentes practiquen para que se fogueen, es decir, que obtengan experiencia y seguridad". Notas del Diario de Campo.

los últimos cuidados mientras fallece. La vida y la muerte se representan como la suma o la resta de líquidos que el médico sopesa en el diagnóstico y, como el contador que compara el "debe" con el "haber", lo importante es evitar el desequilibrio. El jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos la define como *la* antesala del infierno, pues los pacientes que ingresan llegan en estado crítico; son pacientes que requieren estimulación de todos los sentidos, ya que están acostados bocarriba, mirando únicamente la luz de las lámparas. El médico lucha con el cuerpo del moribundo; mide los medicamentos y los líquidos que entran, así como los fluidos que salen, vale decir, los *inputs* y los *outputs* de esa caja negra, de ese espacio enigmático en constante transformación que es el cuerpo humano; el problema es la homeostasis, ya que cualquier perturbación sistémica acerca al paciente hacia la muerte.

La siguiente nota de campo es un fragmento de lo que se dijo en un *pase de visita* en la Unidad de Cuidados Intensivos, y tiene la finalidad de mostrar la complejidad del cuerpo, en donde la analogía hidráulica/sistémica se hace realidad, al igual que la perspectiva orgánica/funcional (disfuncional). *Metáfora y literalidad, estructura y función, sistema dinámico e intercambio.*[309] La medicina observa al cuerpo como una balanza de sustancias químicas; su lucha es un recuento en donde el exceso o la carencia revelan la fragilidad de la vida:

Unidad de Cuidados Intensivos
Pase de visita: presentación del paciente de la cama 2

Residente: Es un paciente masculino de cincuenta y cuatro años de edad, en su séptimo día de estancia en el servicio de terapia intensiva y sesenta días internado en el hospital. Es un paciente que requiere estimulación sensorial. Su diagnóstico es una sepsis severa de origen pulmonar. Neurológicamente está en sedación desde el día de ayer.

Jefe de servicio: ¿Desde el punto de vista cardiovascular?

Residente: Está sin aminas y tiene tendencia a la hipertensión arterial, la última TA fue de 164/99 con un aprom de 115. [Una tensión arterial media es de 120].

Jefe de servicio: ¿Qué le están dando para la hipertensión?

Residente: Amlodipino. Presenta una frecuencia cardiaca de 89 y una PVC [presión venosa central] de 12. Tiene un balance global negativo de 3 659.

[309] "El procedimiento científico tiene como objetivo [...] la erradicación del imaginario. Busca cuidadosamente, la mayor objetividad. A través de este rechazo por el distanciamiento, que se daba en una época, se puede descifrar un régimen de la imagen que proviene del efecto signo, es decir, que se atiene a la realidad, la duplica, tiende a ocultar toda posibilidad de imaginario [...]. La imagen científica se concibe como información pura, desprovista de cualquier medio metafórico, virgen de cualquier 'segunda imagen'. El paso del cuerpo a la imagen, de la carne a la pantalla de la terminal de computación, es una transposición sin distanciamiento, sin adiciones". David Le Breton, *Antropología del cuerpo..., op. cit.*, p. 205.

Jefe de servicio: ¿En cuánto llegó?

Residente: Cuando llegó traía un balance negativo de casi 10 000.

Jefe de servicio: O sea, ha ido bajando [...] ¿Respiratorio? Dime los códigos de seguridad.

Residente: Se encuentra con una cámara traqueal número 8, a la altura de 20 centímetros [...].

Jefe de servicio: ¿Cuánto mide el paciente? ¿Sirve la fórmula?

Doctora: Está un poco adentro, estaba en 24.

Residente: Hoy le tocaba el cambio de filtro, pero el personal de enfermería me comentó que lo harían hasta el próximo sábado.

Jefe de servicio: ¿Qué volumen protector tiene?

Residente: Tenemos un volumen protector de 350-450. Todavía alterna mucho los volúmenes. Lo tenemos con una presión respiratoria de 16, una presión soporte de 10, un tim de 7, una frecuencia respiratoria de 10.

Jefe de servicio: ¿Cuánto mete de [...]?

Doctora: 22 [...].

Jefe de servicio: 50% más o menos [...]. ¿FIO [fracción inspiratoria de oxígeno] de cuánto?

Residente: Del 50 por ciento.

Jefe de servicio: Con él nos vamos a parámetros de castigo, bajar todos los parámetros, para poder retirarlo [...]. ¿La gasometría?

Residente: FeO^2 de 69, PsO^2 de 35, pHs de 0.46, lo que nos da una relación de 153.

Jefe de servicio: Igual que ayer. ¿Y el exceso Valden?

Residente: Positivo de 1.1.

Jefe de servicio: ¿Y la saturación?

Residente: 95 por ciento.

Jefe de servicio: ¿Se tomó gasometría venosa?

Residente: No.

Jefe de servicio: Hay que tomar gasometría arterial y venosa y hacer diferencia arteriovenosa. Este paciente tiene dos problemas, el pulmonar y el abdomen.

Doctora: Estuvo sangrando del abdomen durante toda la guardia, probablemente es un vasito de la pared; tiene un gran coágulo hacia el hemiabdomen derecho. Esta mañana que lo revisamos ya no tenía sangrado activo, pero estuvo sangrando después de la cirugía.

Jefe de servicio: Hay que hablarles a los de cirugía.

Residente: Ellos dicen que lo van a pasar a quirófano [...].

Jefe de servicio: Que lo resuelvan donde quieran, pero que lo resuelvan.

Doctora: Por cierto, abajo en Urgencias hay una paciente infartada de cara interior, con un desnivel bastante severo, pero no la pudieron atender porque no había datos de repercusión y querían saber si la podían mandar al Hospital Belisario Domínguez.

Jefe de servicio: *Ok*, continuamos [...].

Doctora: Tuvo una diuresis de 3 500, una diuresis de kilo por hora de dos mililitros, una creatinina de 1.4, y los electrolitos tiene un sodio de 146 y un potasio de 3.1. Le hicieron reposición.

Jefe de servicio: ¿Calcio, fósforo y magnesio?

Doctora: Calcio tiene 105.4 sin corregir, tiene un magnesio de 2.2 y un fósforo de 6.9.

Jefe de servicio: Quítale el fosfato y déjale el puro calcio [...]. Metabólico nutricional, es un paciente que tiene acto detéctico a sal de 1 800, y les falta la nutrición completa, la M7.

Doctora: Se pasó ayer de NPT [nutrición paraenteral], 2 016.

Jefe de servicio: ¿Hepático?

Doctora: Enzimas nada más tiene albúmina de 1.9, fosfata alcalina de 8.5, la AFT es de18, la ALT es de 25, la damadeutamina de espirasa es de 86, tiene una bilirrubina directa de 0.3.[310]

Se dice que en el universo hay razón y armonía; el equilibrio del cuerpo humano es parte de su naturaleza; ambos, el universo y el cuerpo, se traducen en proporciones numéricas. En su libro *El estado oculto de la salud* Gadamer reflexiona sobre el quehacer y la creatividad científica, y se pregunta si la práctica médica responde más a un problema de restablecer la naturaleza del equilibrio del cuerpo humano que a producir algo nuevo, y comenta:

> Toda perturbación [del equilibrio oscilante], toda enfermedad, se apoya en factores imprevisibles, presentes en lo que aún resta de equilibrio. Ésta es la razón por la cual la intervención del médico no puede considerarse, en realidad, como un hacer o un producir algo, sino —ante todo— como un refuerzo de los factores que determinan el equilibrio. Esta intervención tiene siempre un doble aspecto: el de constituir ella misma un factor de perturbación o el de introducir un efecto específicamente curativo en el juego de los factores que están en el balance.[311]

Se miden frecuencias, diversos tipos de presión y gases; se habla de balances, de metabolismo, de volúmenes, de porcentajes, de diferencias, de mililitros, de parámetros, de reposiciones, de desniveles, de correcciones, así como de cantidades; esto deriva hacia el problema del equilibrio y la homeostasis y la reflexión filosófica sobre el oficio médico. Lo interesante del libro de Gadamer es que en ningún momento habla de cifras, sino que parte de los planteamientos de la Antigüedad Clásica para discurrir sobre la práctica médica, la armonía del cuerpo

[310] Notas del Diario de Campo.

[311] Hans-Georg Gadamer, *El estado oculto de la salud*, *op. cit.*, 2017, p. 51.

y la naturaleza. Lo que sorprende a un lego cuando observa y escucha el trabajo del médico —su perspectiva anatomobiológica— es esta batalla en contra del desequilibrio sistemático del organismo humano. Su lucha se manifiesta en esta carrera entre lo que está de más y lo que hay de menos, aquello que entra y lo que se escapa, lo que se puede detener o fugar. No obstante, el cuerpo es ese espacio oscuro del que se espera alguna respuesta positiva que transforma el tiempo en epifanía. De lo contrario, todo se disuelve en la nada.[312] Cuando se está en un estado crítico, no hay certeza en la evolución; el paciente se encuentra en un *pasaje liminar*, de tránsito, esperando regresar a la vida o abandonarla para siempre.

Decíamos que en la Unidad de Cuidados Intensivos se valora si el paciente es o no recuperable, y, si tiene posibilidades de vivir (por muy grave que esté), es atendido. Inicia así la batalla de los médicos por restablecer la homeostasis del cuerpo humano. Se requiere estimular cada uno de los sentidos del paciente: el oído, con la música que le agrada; el gusto —siempre y cuando médicamente sea posible—, dándole una golosina o bebida que le satisfaga; la vista, mostrándole un video o algún programa de televisión; el tacto, haciendo que la familia se acerque, lo toque (por el miedo que provoca ver al familiar tendido en la cama, invadido de tubos y rodeado de aparatos): se trata de que el paciente no sólo escuche el ruido de los aparatos (ritmo cardiaco, presión arterial, las alarmas); con ello la Unidad de Cuidados Intensivos evita que la familia se enfrente o se angustie, debido al momento de estrés que vive.

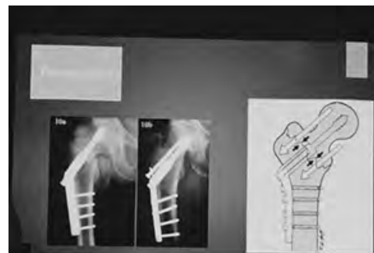
También hay que decir que los médicos saben que el principio vital del cuerpo no sólo estriba en esta numeralia; mirar un cuerpo "invadido", "conectado" para mantenerlo con vida, es reconocer el mayor estado de objetivación que se puede alcanzar en el hospital "gracias" al avance de la tecnología; aún en este estado, la Unidad de Cuidados Intensivos intenta reincorporar al paciente *al círculo de lo humano, al ámbito de la vida familiar*, esperando que esa parte del espíritu, del alma o del ser estimule y transforme a esa otra que muestra un desbalance y un destino ineludible. Supimos que al camillero quemado, hijo de una trabajadora del hospital —del cual hablamos con anterioridad—, se le llevó una grabación con la voz de su hijo pequeño, para que escuchara palabras de aliento pocas horas antes de morir, con la esperanza de que hubiera alguna reacción favorable. A las familias de los pacientes en estado comatoso o muy graves se les conmina a que platiquen con sus enfermos, les lleven la música que les gusta, y si el estado de

[312] "La jefe de enfermeras de la unidad recuerda que su hermano que fue hospitalizado en el servicio, fue sumergido en agua helada por más de media hora cuando perdió los signos vitales, al grado de que ella misma rogaba a los médicos que lo sacaran temiendo que, de vivir, quedara con daño cerebral. No obstante, el hermano reaccionó y actualmente goza de plena salud". Fragmento de una entrevista a la jefa de enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos.

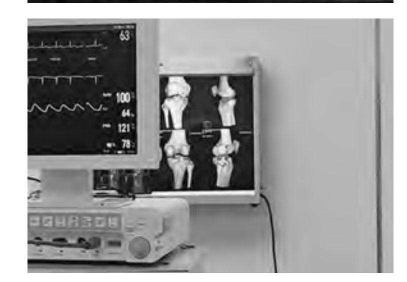
FOTOGRAFÍA 111















Estudio, análisis y programación de la intervención.

salud lo permite, puedan ser acariciados, porque, aunque no se pueda medir el efecto positivo que esto produce, se sabe de la existencia del mismo y nada se pierde con intentarlo. Como ya se mencionó anteriormente, comenta el jefe del servicio que uno de los pacientes en estado inconsciente, una vez que logró despertar, lo reconoció por el olor de su loción y agradeció que se le hubiera procurado con los baños de esponja que, desde su estado de gravidez, recuerda como uno de los

momentos más reconfortantes. Y añade que nadie a ciencia cierta sabe qué tanto el paciente en coma se percata de lo que sucede a su alrededor.[313] Éste no es un problema menor, tal como lo advierte Gadamer en su reflexión en torno a la idea de integrar, de equilibrar a la persona cosificada (por la burocracia, la tecnología y la automatización de la vida) en la vida colectiva, familiar y social:

> Tomemos [...] el caso de la desintegración de la persona. Dentro de la medicina, ésta se produce como un efecto resultante de la objetivación de una multiplicidad de datos. Esto significa que, en la revisación clínica de hoy, se nos reconstruye como sobre la base de un fichero. Si se han extraído las fichas que corresponden, los valores serán los propios. El problema que subsiste es si entre ellos también figura nuestro valor como persona.
>
> Evidentemente, esto no sucede en el caso del paciente encerrado en el aparato de una clínica. Y en el gran aparato de nuestra civilización, todos somos pacientes.[314]

Sentido práctico y transmisión del conocimiento

¡Arrojar un haz de luz en las tinieblas encerradas para siempre por los tegumentos del cuerpo! ¡Abrir! ¡Ver! Sin embargo, no todo se veía con la misma claridad. Incluso el gran Vesalio no distinguió los ovarios, el páncreas ni las glándulas suprarrenales, y tampoco se lució describiendo la matriz. Pero algo tenía que dejar para sus eminentes discípulos. Sus sucesores, armados de las lentes del microscopio, empezaron a investigar las estructuras sutiles de los órganos, invisibles a simple vista. Otros buscaron huellas de enfermedades. Y así se erigió el edificio de la anatomía —descriptiva, patológica, forense—, el theatrumanatomicum, en cuyo escenario se celebraba el juicio final sobre la enfermedad, un juicio irrevocable.

Catarsis
Andrzej Szczeklik

La formación especializada de los médicos es impensable fuera de la práctica directa con el cuerpo del otro. Y esto se lleva a cabo dentro de los hospitales y bajo la supervisión de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En México el joven médico que aspira a una especialidad necesita aprobar el examen de residencia a cargo la UNAM, sin importar la procedencia de la institución educativa en la que se obtuvo la licenciatura en medicina. La selección es rigurosa

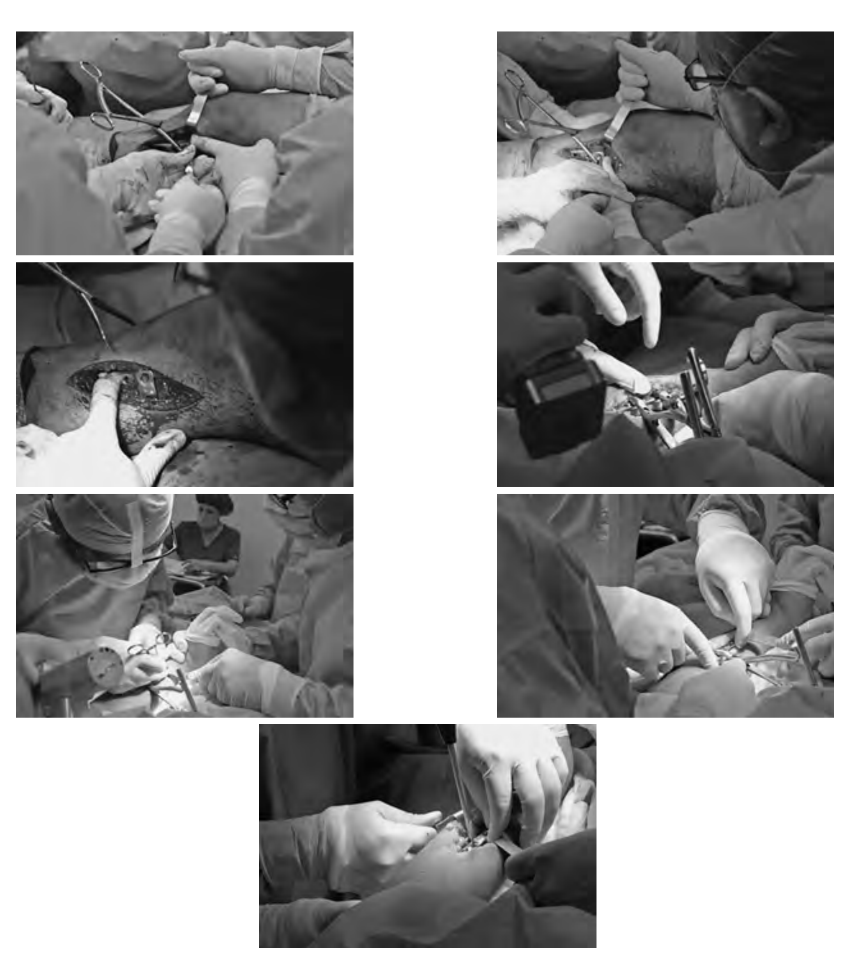
[313] Fragmento de una entrevista al jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.
[314] Hans-Georg Gadamer, *El estado oculto de la salud, op. cit.*, p. 98.

y, como suele suceder en la carrera educativa, la diferencia entre aquellos que se aceptan y los que son rechazados es enorme. Una vez que se aprobó el Examen Nacional de Residencias Médicas, el médico busca *por cuenta propia* en aquellos hospitales donde se tiene la especialidad para la que se postuló, con la finalidad de ser entrevistado y examinado por el jefe de enseñanza o del servicio del hospital elegido para eventualmente ser ingresado (evaluando, como se dijo, no sólo su desempeño académico, sino su situación familiar y de salud personal). Así, por ejemplo, si aprobó el examen en ortopedia, tratará de colocarse en el hospital que ofrezca esa especialidad a nivel nacional; de no ser aceptado en el hospital que eligió, buscará otra opción, hasta que logre colocarse en algún lugar; la decisión final la tienen las autoridades de la institución. El hospital es una gran esponja que absorbe el tiempo otrora dedicado a la vida social, familiar y personal. El médico residente tiene la obligación de impregnarse de la atmósfera hospitalaria y conocer la organización y el funcionamiento de cada servicio. El primer año —como vimos con anterioridad— es de resistencia. Todo el trabajo administrativo se le encarga al R-1. Éste tiene que tener todos los expedientes de los pacientes hospitalizados perfectamente armados y actualizados. El expediente es uno de los objetos más importantes en el interior de la institución, puesto que es a través de éste que se da continuidad a la evolución y el tratamiento del paciente; forma parte del *conocimiento memorístico* de los educandos médicos y, además, es un documento médico/legal. En cada turno donde se lleve a cabo el "pase de visita" el médico adscrito o el residente de mayor jerarquía preguntará la condición del paciente a los residentes de menor grado, en lo que se convierte en un examen de conocimientos cotidiano. El ingreso al hospital supone un cambio cualitativo en la vida de los médicos que han dejado la opción escolar (maestría, doctorado) para prepararse en el oficio práctico de una especialidad regida bajo una estricta normatividad. El tiempo del estudiante pertenece a la institución de ahora en adelante. Cuando realiza el internado, el estudiante de medicina trabaja en diversos servicios con la finalidad de que conozca la diversidad de especialidades y tratamientos que se brindan a los enfermos y lesionados. Quienes seleccionan cirugía en cualquiera de sus especialidades aspiran a ingresar al quirófano, que es el lugar más intenso y codiciado para el aprendizaje y la práctica futura del médico. Ahí los conocimientos teóricos son puestos a prueba por medio de la práctica directa; es el espacio donde se aprenden y despliegan las destrezas y habilidades de los cirujanos *con personas vivas*, lo que representa una enorme responsabilidad, puesto que, como afirman los cirujanos, ni los cadáveres ni los libros sangran.

El quirófano es el santuario que expone el interior del cuerpo de una persona viva para observar sus órganos, tejidos y huesos. Ningún libro de anatomía se com-

para con lo que se mira dentro de los quirófanos. Y así como no cualquiera entra en el taller del artesano para verlo trabajar, tampoco se permite la entrada de ningún extraño al quirófano. Incluso los médicos residentes se ganan este derecho de ingreso (el primer año de la residencia funge como un rito de paso).[315] El cirujano interviene en el cuerpo enfermo y aprende del dolor de los cuerpos quebrados, quemados, sangrantes, desfallecidos, inconscientes. El cirujano vive el enigma de la vida y de la muerte.

FOTOGRAFÍA 112



"El que no mete el dedo mete la pata".

[315] Entre el médico que quiere estudiar una maestría y el que quiere realizar una especialidad existe la misma distancia que hay entre la teoría y la práctica. En la maestría se privilegia el co-

La demanda de atención de la población hacia los hospitales públicos rebasa el cuidado médico oportuno y eficaz. Los usuarios del hospital son la oferta de conocimiento para los jóvenes residentes. Se aprende de la tragedia humana. Residir en un hospital de salud pública como el Rubén Leñero es aprender de la miseria social. Cada paciente es el efecto del deterioro y el daño del cuerpo social. Se trabaja con el cuerpo dañado. El cuerpo del cirujano se impregna de ese otro cuerpo que se debate entre la vida y la muerte. Comenta el doctor Rosales, cirujano general:

> Nadie, absolutamente nadie en medicina, puede aprender únicamente a través de los libros: eso es imposible. El médico se hace en la cabecera del enfermo; aprende cuáles son las causas de los escalofríos o de la hipertensión arterial; a discernir el tipo de fiebre: por qué suda el paciente, si es por algún tipo de infección parasitaria o posoperatoria. Aquellos cirujanos que se dicen los mejores por no tener problemas, son los que no salen de su escritorio. Son los que se aprenden todos los libros de fisiología, de anatomía o de técnicas quirúrgicas; en fin, saben mucho de los libros, pero no entran al quirófano. Ésos son los únicos que no tienen problemas. Aquellos médicos que tienen problemas que enfrentan demandas por complicaciones médicas, son los que operan todos los días: porque el paciente sangra, mientras que los libros no.[316]

Decíamos que el hospital es una organización que por su dinámica interna exige una adhesión total del médico residente, que será sometido a un proceso de socialización y aprendizaje intensos para adquirir las habilidades y los conocimientos de la especialidad en un tiempo de cuatro años. El residente neófito incursiona en una reeducación de su experiencia sensorial a través del cuerpo del otro. Durante este tiempo, cada uno de los sentidos del cuerpo —olfato, vista, tacto, oído— aprenderá a percibir los síntomas de la enfermedad y las anomalías del organismo; distinguirá cada uno de los órganos, su ubicación, textura, color, forma; observará las placas de rayos X, utilizará los aparatos como el esfigmomanómetro o el endoscopio, intubará endotraquealmente o colocará un catéter, etc. Escuchará con preocupación cuando el ritmo del sonido cardiaco sea irregular, y

---

nocimiento teórico, la exposición de estudios de caso, las capacidades cognoscitivas. Curiosamente en ciencias sociales la especialidad suele cursarse en un año, mientras que en medicina se realiza en cuatro años como residente de un hospital de segundo o tercer nivel. Para algunos médicos los diplomados o las maestrías no son atractivos en tanto no los relaciona con el trabajo práctico y, por tanto, no representan una prioridad en su carrera, ya que la verdadera preparación se logra dentro del 'campo de batalla'". Notas del Diario de Campo.

[316] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

detectará las dificultades para respirar. El olfato también participa en su educación; los cirujanos dicen que el aliento dulzón del diabético lo delata; por el olor se sabe si una lesión se ha infectado o se abusa del escalpelo cauterizador. La sangre no sólo se ve o se siente, también se huele. El especialista aprende tempranamente a palpar las heridas, a reconocer los tejidos o las fracturas, las protuberancias; un cirujano comenta que, al principio, cuando se introducen las manos en una cavidad corporal, no se distingue mucho, *sólo sientes húmedo y calientito.* Los cirujanos y ginecólogos hacen uso frecuente de las manos, tocan para "ver" y afirman que *el que no mete el dedo mete la pata,* aludiendo a la importancia del tacto en el diagnóstico. Unas manos adiestradas, "ven" con las yemas de los dedos. Cuando un cirujano introduce los dedos en una herida para buscar una arteria y poder repararla, evita que el paciente se desangre. Sólo el gusto queda al margen de la enseñanza, aunque algunos médicos afirman que el descubrimiento de la diabetes fue gracias a que un médico probó la orina dulzona.

Cuando los sentidos del cuerpo del cirujano actúan al unísono, ha incorporado una serie de conocimientos y habilidades de forma integral; ahora lleva impregnados en el cuerpo una estructura mental y un sistema de disposiciones listos para ser utilizados, cuando el momento así lo requiera; porque: "Las disposiciones no conducen de una manera determinada a una acción determinada: sólo se revelan y se manifiestan en circunstancias apropiadas y en relación con una situación. Puede, por lo tanto, suceder que permanezcan siempre en estado virtual, como el valor del soldado en los tiempos de paz".[317]

El conocimiento práctico que el hospital ofrece es similar al que se adquiere en el taller del artesano. Las destrezas y las habilidades se adquieren trabajando, manipulando las herramientas, familiarizándose con los materiales, enfrentándose a las torpezas y aprendiendo de los errores. El primer paso es estimular las competencias físicas del cuerpo humano, especialmente de la mano, en el caso de las especialidades quirúrgicas. El sociólogo Richard Sennett, como un músico experimentado que fue, conoce la versatilidad de la mano y su potencialidad biomecánica, en combinación con el proceso cognitivo que permite mentalizar la tarea y coordinar la acción, logrando la unión (el ritmo, el compás y *el tempo*) entre la mano y el cerebro. La mano es un "instrumento" biológicamente perfeccionado; su evolución y plasticidad pueden reconocerse a través del ingenio para moldear la materia, crear objetos, generar música, en suma, convertir al ser humano en artista. El cirujano efectúa diversos movimientos especializados: prensa el metal con el hueso, tensiona los tejidos, presiona la herida, libera las pinzas, inclina el escalpelo, etc. El cirujano reeduca sus sentidos, incrementa, afina, regula la mo-

[317] Pierre Bourdieu, *Meditaciones pascalianas, op. cit.*, p. 197.

tricidad de las manos, aprovechando al máximo sus capacidades.[318] La voz del maestro experimentado juega un papel crucial en virtud de que guía al residente aprendiz. Sennett describe el proceso creativo asistido por los maestros de los sopladores de vidrio: "Más lento, mantén el equilibrio [. . .] no apartes los ojos del vidrio, ¡empieza a colgar!".[319] El médico orienta con la palabra, conduce la mano y el ojo del educando:

> La residente maneja el instrumental de paraendoscopía, mientras el doctor responsable dirige la cámara; hace acercamientos y tomas diversas de la cavidad abdominal. Le dice a la residente cómo debe girar y acomodar el gancho para desprender la vesícula. Ella obedece, es cautelosa, se esfuerza, pero es demasiado lenta. El doctor se coloca atrás de ella y la toma de los dos brazos y suavemente los dirige; ambos ven la pantalla y al unísono mueven los brazos [...]. El movimiento corporal del médico responsable se transmite miméticamente al cuerpo de la residente, acompañado por las palabras guía: "Introduce un poco más [...] voltea la pinza [...] corta de arriba hacia abajo [...] no presiones demasiado el tejido [...] cauteriza [...] no jales el tejido tan fuerte porque se desprende [...] ahora corta de abajo hacia arriba [...] ten más cuidado, de lo contrario vas a lesionar [...] cambia el instrumento [...] coloca las gasas con agua oxigenada en la lesión [...]".
>
> Cuando las indicaciones no se siguen al pie de la letra se escucha: ¿Quiere perforar? Cuando la dificultad de la cirugía aumenta, el responsable toma el mando y solicita a la residente que le pase los instrumentos. Las instrucciones continúan sobre lo que debe o no hacerse, pero ahora bajo la dirección del cirujano.[320]

La palabra es un elemento pedagógico central que está presente durante las intervenciones quirúrgicas. En el testimonio anterior se pueden destacar varios momentos lógicos que, para fines didácticos, se pueden observar en una secuencia lineal, pero que en realidad se dan en zigzag. Uno de ellos es el lugar de "mando" de la cirugía a cargo de la residente, siempre bajo el escrutinio del médico responsable; otro responde al apoyo que brinda el médico responsable empalmando sus brazos con los de la residente, desde atrás del cuerpo de ella y dirigiéndola por *contacto mimético;* guiándole por medio de la palabra. Finalmente, cuando la cirugía

[318] En el capítulo "La mano", Sennett reflexiona sobre su versatilidad en el proceso creativo del artesano (desde el soplador de vidrio hasta el músico). Richard Sennett, *El artesano, op. cit.*, pp. 186-220.

[319] *Ibid.*, pp. 214-215.

[320] "En el taller o en el laboratorio, la palabra hablada parece más eficaz que las instrucciones escritas. Siempre que un procedimiento resulta difícil, podemos consultar a alguien de inmediato, discutirlo de cabo a rabo de una vez, mientras que cuando leemos una página escrita podemos discutir con nosotros mismos sobre lo que hemos leído, pero no tenemos la retroalimentación del otro". *Ibid.*, p. 221.

se dificulta y la circunstancia lo amerita, el médico responsable toma el mando de la situación. La cercanía del equipo de trabajo, la división de funciones de cada integrante, la voz y la palabra que orientan los ojos de todos en una sola mirada en el monitor, hace del trabajo quirúrgico un proceso complementario, de ahí que el cirujano a cargo de la intervención se equipare con *un director de orquesta,* es decir, el que *lleva la batuta* y coordina el ritmo de todos.

El quirófano es un espacio de prueba de carácter para el cirujano que no tiene el control absoluto de la situación; por más que tenga un pronóstico favorable del paciente, existen los imponderables que, como decíamos, sacan a la luz la madera de la que está hecho cada especialista y es que: "El quirófano —comenta un cirujano general— es un microcosmos impresionante. Cada caso quirúrgico establece una dinámica que deja ver a su vez los trastornos de la personalidad, las alteraciones de carácter, las conductas bajo el estrés. El quirófano tiene momentos de alegría, de tristeza o de enojo. Captar esos momentos es muy interesante".[321] Es decir, el quirófano es un analizador institucional que revela problemas que van más allá de los relacionados con la intervención quirúrgica, como los conflictos que vive el cirujano consigo mismo y con el resto del personal; el uso y la incidencia de la tecnología o la escasez de materiales; la solidaridad grupal ante la lucha contra la muerte:

> Dependiendo del médico cirujano a cargo de la intervención quirúrgica, es como huele el ambiente del quirófano; es como lo sienten y perciben los residentes y ayudantes. Sucede igual con las enfermeras porque las hay muy estrictas y otras que son suavecitas. El médico responsable transmite si hay una situación grave, por ejemplo, si el paciente va a sangrar, se lo hace saber al anestesiólogo. Dependiendo de las dificultades de la cirugía es el grado de estrés que se vive, incluso hay quienes empiezan a gritar e insultar: ¡Apúrese! ¿Qué, es mensa? ¡Páseme las putas pinzas! Y después de que pasa todo el problema, piden disculpas: "Espero que me comprenda [...]".[322]

El quirófano adquiere diversas atmósferas, dependiendo del reto que enfrentan los cirujanos y el personal médico y de enfermería.[323] Es también un teatro del drama

[321] Fragmento de una entrevista a un médico general.

[322] Fragmento de una entrevista a un cirujano general. Respecto al ambiente del quirófano, comenta el neurólogo Henry Marsh: "La intervención fue bien. El grapado y el sellado del aneurisma se llevó a cabo con éxito, sin provocar una hemorragia o un derrame que serían terribles, y el ambiente en el quirófano se volvió alegre y distendioso". Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño*, *op. cit.*, p. 30.

[323] "Las muertes durante la intervención quirúrgica son muy poco frecuentes —yo sólo he sufrido esa tragedia, la peor que existe en cirugía, cuatro veces en toda mi carrera—, y el ambien-

humano y, cuando hay una tragedia, se ve circular más personal del que habitualmente lo hace. El quirófano se convierte en escaparate de enseñanza para los estudiantes; en curiosidad médica para los residentes y enfermeras, que saben que en determinado quirófano hay una operación complicada, por lo que no pierden oportunidad para asomarse y ver trabajar a los cirujanos, e incluso sacar algunas fotografías.

FOTOGRAFÍA 113







Ginecología.

En una operación de mutilación de pierna, el cirujano general enseña, pone límites, aconseja, conmina a la residente, orienta sobre el uso de los instrumentos: "Mete aquí la punta, ahora corta hasta aquí, suavecito, nos vamos a ir con cuidado". La palabra instruye al aprendiz sobre los pasos a seguir, además de ser una guía didáctica de cómo se debe actuar ante eventos inesperados, en los que se requiere de ciertos cuidados; por ejemplo, cuando la residente realiza un corte y ocasiona un sangrado, el cirujano le pide que cauterice, que *para eso tiene el escalpelo electrónico*. La voz del médico controla la situación y tranquiliza a la residente diciéndole qué tiene que hacer; es fundamental para la enseñanza durante la operación, ya que educa y reconforta: funge como un operador simbólico. El cirujano toma un tejido con la pinza y le pregunta al residente/instrumentista: ¿qué tejido es éste, hijo? El residente responde de manera imprecisa. El cirujano corrige: "Es el músculo satélite". Si la comunicación es un proceso complejo que integra distintos tipos lógicos de funcionamiento, su transmisión no se lleva a cabo

te del quirófano cuando suceden esas cosas siempre es sombrío y taciturno. A veces alguno de los integrantes del equipo incluso llega a llorar. A mí casi se me saltaron las lágrimas en una ocasión, cuando la paciente a la que estábamos operando, una niña, murió". *Ibid*., p. 169.

por "un solo canal". El aprendiz observa e imita, escucha y obedece, se deja dirigir cuando sus movimientos salen de curso, siente y se familiariza con los instrumentos o herramientas, afina sus gestos; introyecta las indicaciones, los regaños e insultos, que asocia con la precipitación o la imprudencia. La transmisión se relaciona con la mímesis, la impregnación de patrones, la incorporación de habilidades, con la palabra/guía. Es un proceso paulatino, complejo, lleno de vaivenes, donde interviene una infinidad de variables. Comenta Richard Sennett:

> La asimilación —conversión de información y práctica en conocimiento tácito— constituye un proceso esencial para todas las habilidades. Si una persona tuviera que pensar todos y cada uno de los movimientos que realiza cuando despierta, necesitaría una hora para levantarse de la cama. A menudo, cuando hablamos de hacer algo "instintivamente" nos referimos a un comportamiento a tal punto convertido en rutina que no pensamos en él. Al aprender una habilidad, desarrollamos un complicado repertorio de esos procedimientos. En las fases superiores de la habilidad, hay una constante interrelación entre el conocimiento tácito y reflexivo, el primero de los cuales sirve como ancla, mientras que el otro cumple una función crítica y reflexiva.[324]

El cuerpo es objeto de enseñanza y reflexión: el cuerpo del cirujano, el cuerpo del residente y, sobre todo, el cuerpo del paciente. Durante la intervención, el cirujano general señala con el dedo a la residente-cirujana y toca la parte en la que se debe de hacer el corte, acomoda al paciente, lo manipula para indicarle qué tanto debe de inclinar el escalpelo para cortar el tejido; después, estira los tejidos y pregunta los nombres de cada uno. El cirujano lleva a cabo un lavado y junta los tejidos sueltos, que cuelgan, para indicar la forma en que deberá suturarse. Señala con unas pinzas el tendón de la corva de la rodilla y dice: "Éste lo vamos a unir acá" señalando un punto en la parte superior del muñón.

Hay un dicho que reza que: "La práctica hace al maestro", vale decir, las horas dedicadas al conocimiento se traducen en experiencia acumulada en el cuerpo. Todo trabajo práctico es reflexivo por la simple razón de que se proyecta en la mente: se diseña la ruta, se imaginan escenarios y las posibles dificultades. También porque los médicos discuten ciertos casos con sus colegas en el aula escolar, en la presentación clínica semanal, en algún Comité de Bioética o de Mortalidad.

La educación médica hospitalaria equilibra el conocimiento abstracto con el saber derivado de la experiencia. Durante las intervenciones quirúrgicas se observa el trabajo conjunto de las manos de distintos cirujanos. Esta cooperación y coordinación de las manos se fundamentan en la división técnica del trabajo, que

[324] Richard Sennett, *El artesano, op. cit.*, pp. 68-69.

evita que se superpongan, estorben o encimen, ya que cada actor cumple ciertas funciones derivadas de su jerarquía. *Todas las manos conforman un mismo cuerpo grupal.* Cuando los médicos operan, se observa cómo unas manos sostienen y exponen la herida con separadores, otras colocan la placa, unas más van pasando el instrumental que se necesita; las manos miden, corrigen, lavan, secan, suturan. *Todas las manos* de los cirujanos tocan el lugar de la lesión, comprueban su profundidad, corroboran con las radiografías su magnitud o gravedad, discuten lo que ven con lo que sienten, deciden qué tipo de material utilizar para reparar, etc. Demasiada teoría y poca práctica son motivo de bromas por parte de los cirujanos experimentados:

> En una ocasión, ingresaron al quirófano a un hombre acuchillado en un costado del estómago; mientras el médico cirujano revisaba el instrumental que utilizaría, y las enfermeras y los anestesiólogos preparaban al paciente, el cirujano se percató que no había médicos residentes que lo apoyaran porque estaban en el centro escolar. Mientras llegaba alguno de ellos, el cirujano comentó en tono burlón: "Seguro que en el salón de clases están aprendiendo mucho más de anatomía".[325]

No obstante la importancia que tiene la práctica médica, también es un problema para el residente ingresar al quirófano y no responder teóricamente lo que se le pregunta. Los conocimientos deben complementarse; al respecto comenta un cirujano general:

> Las competencias del cirujano no son únicamente las motoras o psicomotoras, también son cognoscitivas, conductuales y actitudinales. Saber qué hacer, tener criterio: cómo hacer, cuándo hacer. Se puede ser muy competente psicomotoramente: hacer nudos exactos, cortar preciso, engrapar adecuadamente. Pero sin competencia cognitiva y preventiva no se cuenta con un criterio para resolver una eventualidad.[326]

El testimonio subraya la importancia del acervo de conocimiento con el que debe contar el médico cirujano para ampliar su razonamiento y, sobre todo, su criterio para tomar la mejor decisión. Esa capacidad está ahí, como parte de un capital cultural —y corporal— que ha acumulado el médico durante su formación. La práctica quirúrgica otorga las habilidades como parte de su sistema de disposiciones corporales, en donde los sentidos son reeducados, tal y como lo expresa un cirujano ortopedista:

[325] Notas del Diario de Campo.
[326] Fragmento de una entrevista a un cirujano general.

> Lo que nos convierte en orfebres, es que aprendemos a ver con las manos, *yo veo con las manos*. Para eso tienes primero que *tener conciencia de lo que estás haciendo.* Al paso del tiempo, durante la práctica, se deja de pensar. En la especialidad de ortopedia existe el principio del carpintero, relacionado con el uso de las herramientas. Por ejemplo, para lograr atraer la cortical opuesta, es decir, un hueso que está separado de otro que ya se ha cortado, realizamos un agujero más ancho que el otro; luego, se moldean para meter el machuelo y hacer la cuerda. Como una perforación tiene menos diámetro que la otra, cuando se atornilla se unen las piezas, gracias a que se atora la cabeza del tornillo. Esta última tiene la función de hacer de "tope" e impedir que se salga el tornillo mientras se enrosca. Conforme se gira empieza a comprimir, al mismo tiempo que nivela la placa metálica con el hueso.
>
> Por ejemplo, cuando se abre un cráneo con un berbiquí —herramienta muy similar a la del carpintero— *hay que ver con las manos puesto que no percibimos sonido*; toda la confianza la depositamos en las manos que van distinguiendo la profundidad de la broca; cuando se mete ésta, se siente cómo se atraviesa la primera cortical, la que está en la superficie, luego cómo se atraviesa el tejido esponjoso y, cuando se atora la broca, sabemos que llegamos a la segunda cortical, con una profundidad de apenas un cuarto de milímetro. Si se rebasa esa distancia, se perfora el cerebro. Cada paso del proceso se aprecia diferente. Esto se aprende con personas vivas. Una vez que dominé los tornillos y las placas, me pregunté qué tanto podría ahora ver con las manos la sangre. Así, cuando hacía una cirugía abría la zona y dejaba que sangrara. Les decía a los residentes, aspírale y apágame la luz. Cuando yo te diga deja de aspirar. Ya no podía ver y sin embargo empezaba a sentir una energía al grado de decir: ya está lleno el campo. Entonces les pedía que encendieran la luz y, en efecto, estaba lleno. Yo utilizo doble guante de látex y, aun así, aprendí a distinguir con las manos las diversas sensaciones.[327]

El testimonio es de un cirujano ortopedista jubilado, que trabaja en las oficinas de la dirección del Hospital Rubén Leñero y que cuenta con una subespecialidad en cirugía de columna vertebral. El relato es paradigmático respecto a la manera cómo se describe la forma en que se *adquieren* los conocimientos y se van *impregnando* en nuestro cuerpo reflexivamente, en este vaivén entre la actividad práctica, que se vive como una serie de saberes tácitos —de los que nos habla Richard Sennett—, que no excluyen totalmente al pensamiento crítico, el cual relaciona la capacidad de aprender sensitivamente —en calidad de acumulación de experiencia— con la palabra que otorga significado a dicha experiencia (*praxis*). La siguiente nota de campo es un fragmento de una intervención quirúrgica de fractura de tibia en la pierna izquierda. Destaca la palabra del médico que, mientras trabaja en equipo, dirige sistemáticamente la acción de los residentes. Hay

[327] Fragmento de una entrevista a un cirujano ortopedista.

una división del trabajo entre cirujanos, pues mientras unos trabajan sobre la fractura, otros extraen un pedazo de costilla que posteriormente servirá para colocar un injerto en la lesión:

> El médico responsable y dos residentes de cirugía ortopédica trabajan en la fractura de la tibia de la pierna izquierda, que se encuentra semiflexionada en la orilla de la cama; otros dos residentes lo hacen en el costado izquierdo del cuerpo, para extraer un pedazo de hueso de una de las costillas, con la finalidad de realizar un injerto. Se observa una apertura al frente de la espinilla que, para evitar que se cierre, es mantenida abierta por un R-1, por medio de separadores, mientras que el otro, un R-4, introduce una placa metálica con agujeros, con el objetivo de comprobar su tamaño. Unas pinzas ejercen presión para fijar el hueso lesionado. Todos los médicos se asoman de vez en vez a la apertura mientras meten los dedos para sentir la forma del hueso, el tipo de lesión o si hay astillas, antes de acoplar la placa. Los dedos se mueven, tocan con las yemas, se curvan en forma de gancho para sentir la parte posterior del hueso. Ingresan y sacan la placa perforada [...].
>
> Cirujano: Tienes que pasar tres corticales, por lo menos [...].
>
> R-4: [Observa y siente la placa en el interior de la pierna]. Tiene cuatro distales. [Señala los agujeros de la placa con los dedos enguantados con sangre].
>
> Cirujano: [Mete la mano y curvea el brazo mientras ladea su cuerpo hacia a un lado, como para sentir en su totalidad la forma del hueso]. Tócalo [...].
>
> R-4: Por eso [...] todavía nos quedan tres abajo [...].
>
> El cirujano extrae cuidadosamente de la cavidad la placa metálica con el dedo índice señalando la distancia exacta que abarca la placa: tres agujeros. Otra vez se discute el largo de la placa y se vuelve a medir.
>
> Cirujano: Sí va a quedar, porque en el momento en que pierda curvatura se va a alargar.
>
> Un R-3 golpea con un martillo y cincel el hueso de la costilla para cortar un pedazo; los golpes metálicos retumban por todo el quirófano como en cualquier taller de herrería. Extraen un fragmento que sostiene con una pinza y pregunta:
>
> R-3: ¿Así está bien?
>
> Cirujano: Sí, mira cuánto sacaste [...]. [Se ríe y se dirige al residente 4]: ¿Ya viste cuánto extrajo? [Como diciendo que se le pasó la mano].
>
> El R-4, introduce la pieza y trata de acomodarla. El R-2 sujeta la pierna.
>
> Cirujano: Gírala, dale rotación. Bien. Ya de ahí no se muevan. [Al R-3]: Prepárate el injerto, hijo. ¿Ya sabes prepararlo?
>
> R-3: Ya.
>
> Se traslada el R-3 a una de las mesas. Toma unas pinzas curvas y filosas y empieza a desmoronar el pedazo de hueso que extrajeron de la costilla; los pedacitos son colocados en un pequeño vaso de acero inoxidable.
>
> Cirujano: [Al R-3]: Eso, córtalo con la gurbia. [Al R-4]: Mira, tócalo, ahí en esa posición [...] ¿viste? Cierra un poco más. Sí, la bajamos así para que cierre más.

El R-3, auxiliado por un R-1, que limpia sistemáticamente el instrumental, hace una especie de pasta de hueso, que servirá como injerto. Una de las enfermeras está muy atenta a la intervención mientras que otra, cerca de la puerta posterior del quirófano, realiza anotaciones. Otro R-3 sutura la apertura del costado del cuerpo, de donde se extrajo el fragmento de hueso, y el anestesiólogo, desde la cabecera de la cama, observa la intervención, mirando de vez en cuando hacia los monitores.

Cirujano: [Introduce los dedos en la herida y palpa el hueso junto con la placa metálica]. Ahí está ¿no? De ahí ya no nos movemos [...].

Los cirujanos ortopedistas, a diferencia de otros, en general son cuidadosos con el atuendo: gorro, cubrebocas, pijamas quirúrgicos que se encuentran en su lugar y es muy difícil observar un cubrebocas por abajo de la nariz. Mientras intervienen, los cirujanos constantemente introducen gasas en la zona abierta con la finalidad de corroborar que no existan sangrados; una zona bien seca también permite observar mucho mejor el área de trabajo y el tipo de lesión. Las gasas también cumplen la función de absorber la sangre, lo que implica una forma de ir contabilizándola. En esta intervención de fractura, unos sesenta minutos se consumen en medir y acoplar la placa, para que quede bien asentada al momento de ser atornillada con el hueso. Todos los médicos meten los dedos y comprueban que no se deslice, o quede demasiado corta para que embone bien y fijarla definitivamente.

Cirujano: Cuidado, la pinza está abajo [...].

Una pinza-prensa atora en un extremo por fuera de la pierna y con el otro extremo fija —por el interior de la herida— el hueso, con la finalidad de inmovilizarlo junto con la placa y pueda ser atornillada.

Enfermera: [Se queja de la duración de una intervención llevada a cabo un día anterior y se dirige al cirujano]. Ya ve a qué hora salimos ayer, doctor.

Cirujano: [A la enfermera]: Pero si tú sales a las tres [...]. [Al R-4]: ¿Ya no entra más? Eso. Déjalo para rellenar. [Pasan la masa de hueso —injerto— que es introducida en la apertura de la pierna]. Ponle algo, ponle algo, para que cierre más la apertura. Ahí quiero que la dejes, ¿de acuerdo? Así. Ahora, que no se traslape, vamos a trabajar ahorita lo que teníamos, no hay que abrir la piel distal [...].

El R-3 coloca una larga broca al taladro. El instrumento es de un cromado brillante que contrasta con los guantes ensangrentados de los médicos. Introduce la broca y sostiene el taladro apuntando hacia arriba, como si fuera una gran pistola a punto de disparar al cielo, mientras tanto el cirujano ensancha la apertura de la cavidad con las pinzas.

Cirujano: ¿Cuál vas a girar primero? [El R-3 introduce la broca haciéndola girar]. ¡Espérame! ¿Hacia dónde vas? [Se refiere a la inclinación de la broca]. ¡Vas a caer directo a la articulación! ¡Sácala!, ¡sácala!, ¡sácala!

Se retira la broca, mientras el cirujano maniobra al interior de la zona, palpa la pierna y el hueso por el exterior y presiona con el pulgar la piel, en donde siente la protuberancia. Acomodan nuevamente el taladro y precisan con cuidado la inclinación de la broca.

Cirujano: Ahora, tienes que girar hacia mi dedo. Ve donde está mi pulgar.

La broca empieza a girar, mientras el cirujano con el pulgar de la mano derecha sostiene la pierna por fuera y con *la mano izquierda ayuda a dirigir la posición exacta del taladro*.

Cirujano: ¡Ya!, ¡ahí! [Se dirige al R-4]: *Toca adonde salió, siente la protuberancia de la broca por abajo de la piel.*

Sacan el taladro girando la broca e introducen un desarmador para atornillar.

Cirujano: [Al R-4]: Mételo [...] ahí nooo, ¡agacha la cola! ¡Ahí! Ya apretó. Ya llegó.

Colocan tres tornillos distales más, llega un técnico para sacar una radiografía y comprobar que está bien colocada la placa metálica sobre la fractura del hueso. El cirujano se dirige al R-3, que sostiene la pierna del paciente.

Cirujano: Te voy a girar la pierna, ahora sí que te voy a girar la pierna.[328]

El médico enseña mimética y gráficamente; transmite su saber de forma oral. Es imposible dejar de hablar durante una operación a cargo de los residentes. El médico guía con la palabra y con su propio cuerpo, cuando dirige el desarmador, la placa o el taladro: "Ahora tienes que girar hacia mi dedo. Ve dónde está mi pulgar. Ahí, sigue". Difícilmente un libro podría contener la infinidad de detalles que se observan y aprenden dentro del quirófano, puesto que cada paciente brinda una enseñanza particular, independientemente de que se dominen en abstracto las técnicas quirúrgicas.

Función del error en el proceso de enseñanza-aprendizaje

Se reconoce en general que cometemos errores y que aprendemos de ellos. El problema en el caso de médicos como yo es que, cuando incurrimos en ellos, las consecuencias pueden ser terribles para nuestros pacientes. Casi todos los cirujanos —siempre hay algunas excepciones por supuesto— sienten una profunda vergüenza cuando sus pacientes sufren o mueren como resultado de sus esfuerzos, una vergüenza que se vuelve aún peor cuando el caso se ve envuelto en un litigio. Les cuesta trabajo admitir que cometen errores, tanto ante sí mismos como ante los demás, y recurren a toda clase de medios para ocultarlos y tratar de achacárselos a otros.

Ante todo no hagas daño
Henry Marsh

Los errores dentro del quirófano no están ausentes, del mismo modo que no lo están los castigos. En cierta ocasión una R-4 dejó caer un instrumento; el choque con el piso provocó un fuerte sonido metálico que generó una serie de bur-

[328] Notas del Diario de Campo.

las por parte del equipo médico; en ese momento también se escuchó: "Cocas, Cocas, Coca-colas para todos". El cirujano central levanta la voz y dice: "Yo quiero Coca-Cola Cero, sin azúcar". Que un instrumento caiga al piso implica nuevamente su lavado y esterilización; es un error de control del cuerpo.

Hay otras faltas de conducta:

> En una ocasión un residente llegó retrasado a la cirugía. Al entrar al quirófano los dos cirujanos ortopedistas —a cargo de la intervención— cruzaron miradas, molestos, mientras al joven médico las enfermeras le ponían la bata y los guantes; en el momento en que se unió a la mesa de operaciones, los cirujanos lo observaron fijamente y le dijeron: "Tienes que pagar los desayunos". El residente en silencio y sin ver a nadie inició sus labores.[329]

El pago de la comida o la bebida es una retribución al grupo ante la indisciplina o el descuido. Ante una llamada de atención o un castigo el residente obedece sin protestar; llegar tarde a clases o al quirófano puede obedecer a muchas causas, pero para los médicos no hay justificación que valga, por lo que la falta no se pasa por alto.

Al respecto, Edward Hall expresa:

> Lo que hace la gente es a menudo más importante que lo que dice [...] la estructura y significado de los sistemas temporales, así como los intervalos de tiempo, son fáciles de identificar. Respecto a llegar tarde existen las siguientes fases: la de "mascullar algo", la excusa ligera, la de insultar con suavidad y requerir que la disculpa lo sea en toda regla, la fase grosera y la rotundamente insultante.[330]

Al infractor se le hace sentir culpable, por lo que lo menos que puede hacer es reparar su falta. En otra ocasión, al final de una intervención, una doctora cuenta el número de gasas empapadas en sangre, se acerca a la cama y exclama: "¿Y la orina? Mmm... ¡Tache para todos!". El cirujano en tono jocoso exclama: "Que paguen las Coca-colas".

En medicina, es imperativo aprender del error, pues de lo contrario la vida del paciente está en entredicho. A nadie le agrada equivocarse, pero hay que destacar una función pedagógica que contiene el error en el marco del perfeccionamiento de las habilidades y competencias. Error y corrección brindan al artesano —así como al cirujano— un conocimiento diferente acerca de las adversidades que

[329] Notas del Diario de Campo.
[330] Edward Hall, *El lenguaje silencioso*, México, Conaculta (Los Noventa), 1990, p. 16.

pueden surgir en determinadas situaciones; forman parte de la experiencia de cualquier trayectoria de vida profesional, ya que se adquiere una nueva gama de recursos para enfrentar y corregir los errores que surjan durante el camino. Muchas equivocaciones no son consideradas incompetencias, sino hechos inherentes al aprendizaje, principalmente cuando se inicia o incursiona en una actividad o escenario desconocido.[331] Los médicos reconocen que no son inmunes a los desaciertos; sin duda lo más importante es evitarlos, pero si suceden, hay que actuar inmediatamente, no paralizarse para remediarlos. Ésa es la razón por la que los médicos cirujanos corrigen los detalles más ínfimos, como: la forma de sostener las herramientas, la inclinación requerida, el tipo de agarre y presión que se debe ejercer sobre los tejidos; mientras enseñan, alertan sobre el olor, los cambios de sonido, el color o la textura de la piel:

> Un residente está taladrando el hueso de la cadera con la finalidad de atornillar una placa metálica para fijar la fractura. Mientras mete la broca para hacer el agujero, el médico le advierte que lo haga con cuidado. El residente continúa presionando y el médico le insiste que la broca puede atravesar el hueso y lesionar algún tejido. Al franquear la dura superficie ósea, la broca súbitamente se hunde unos centímetros más. El médico se molesta y le increpa: "¿Acaso no escuchaste el sonido de la broca? ¿Quieres perforar los tejidos?".[332]

Otro momento importante para el aprendizaje ocurre cuando llega un paciente grave. En una discusión entre los integrantes del Comité de Mortalidad se relató el caso siguiente: una mujer se aventó de un puente peatonal hacia la avenida y se fracturó la cadera; cuando ingresó al Rubén Leñero tenía una grave hemorragia y horas después murió. El personal de ortopedia explicó que el deceso obedeció a que se requería una prótesis especial que no pudo comprar la familia. Un integrante del Comité comentó que técnicamente se puede resolver el problema de la hemorragia colocando —de cierta forma— un vendaje en la cadera.[333]

El error médico es propio de todo proceso educativo. En el quirófano vimos que se orienta y guía a los residentes ante cualquier posible eventualidad; cuando hay un descuido por parte de los cirujanos, enfermeras y anestesiólogos colaboran para repararlo. Hay un cambio del ritmo y del ambiente en el interior del quirófano, ya que todos entran en acción: se observan los signos vitales, la pérdida

[331] Richard Sennett, *El artesano, op. cit.*, pp. 195-198.
[332] Notas del Diario de Campo.
[333] *Idem*.

de sangre, se colocan soluciones y medicamentos; se deja de bromear y charlar. Se cumplen de inmediato las órdenes del cirujano. El intercambio es resuelto y la comunicación, precisa e inmediata. El cirujano no interviene cuando el problema debe ser resuelto por los anestesiólogos; antes bien se coloca a un lado y observa calmadamente el evento o se dispone a revisar su celular. Lo común es que en estos casos se refuerce el marco de cooperación para la solución del problema:

> Terminábamos de observar una intervención de ortopedia cuando uno de los cirujanos comentó: "¿Quieren ver un evento?". Nos trasladamos a otro quirófano en donde un joven acababa de ser intervenido en la nariz y respiraba con dificultad. Mientras el ortopedista nos explicaba qué sucedía, se realizaba alguna toma fotográfica. La anestesióloga, preocupada, con la mirada hacia un lado, escuchaba el ritmo cardiaco con el estetoscopio. Sentaron sobre la camilla al paciente para tratar de volverlo en sí. Destacaban dos series de cables con sensores que estaban distribuidos uno en el centro del pecho y otro arriba de la tetilla izquierda. Las piernas estaban vendadas para facilitar la circulación sanguínea. Una delgada y pequeña sábana azul le cubría los genitales. Un parche sobre la nariz; se le introdujo una sonda por los conductos de ésta para succionarle los líquidos; inmediatamente se escuchó como si se sorbiera agua por un gran popote. Los ojos del paciente se mantenían cerrados, como si estuviera en un plácido sueño. Mientras las anestesiólogas luchaban, la cirujana se hizo a un lado, salió del quirófano mientras manipulaba su teléfono celular:
>
> Residente: [Se dirige al paciente.] Jonathan, ¡pásate la saliva! ¡Acuérdate que te operaron de la nariz!
> Anestesióloga: ¿Tiene férula para respirar?
> Residente: No.
> Residente: Jonathan, ¡ayúdanos, pásate la saliva! ¡Tienes que tragar!
> Anestesióloga: No se la pasa [...].
> Residente: ¿Qué sucede, Jonathan? Escucha: ¡no luches con nosotros, trágate la saliva! ¡Abre los ojos! ¡Despierta!
> Anestesióloga: [Se dirige hacia nosotros, que dialogábamos con el cirujano ortopedista.]: Doctor, usted deje de estar echando novio y ayúdenos [...].
> El ortopedista sonrió y sostuvo el cuerpo del paciente mientras lo sacudía. Instantes después, el paciente empezó a toser; el ortopedista se inclinaba hacia atrás para evitar salpicaduras en el rostro.[334]

Esta clase de eventos no constituye necesariamente errores humanos; ellos responden más a la evolución y la respuesta de cada enfermo ante una misma in-

[334] *Idem.*

tervención;[335] sin duda, la ausencia de medicamento, la descompostura de un aparato o la carencia de instrumentos quirúrgicos puede agravar la situación.

El conocimiento práctico forma parte de una infinidad de oficios y profesiones; el desarrollo del aprendizaje es impensable sin la experiencia de vida en el lugar de trabajo. El médico aprende en el hospital; el abogado, en los juzgados; el antropólogo, en las comunidades; el psicólogo, en la clínica, el chef, en la cocina, el carpintero, en el taller. Ninguno de ellos aprende únicamente de los libros, de los manuales o a través de un ordenador. Las fuentes de aprendizaje para cualquier profesionista son muy variadas y provienen de distintas personas y realidades. Decíamos que se aprende de la violencia social. Comenta un médico cirujano que hoy se tratan lesiones que antaño no se veían, por ejemplo, heridos con balas expansivas de alto calibre que provocan daños muy graves. Y subraya: "Desgraciadamente, los aprendizajes y avances mayores de la medicina han derivado de los fuertes daños que dejan todas las guerras a las personas".[336] La guerra, la violencia criminal y la enfermedad derivada de la pobreza son el caldo de cultivo para la práctica médica. El conocimiento práctico no se explica sin la constante reflexión en torno a la materia sobre la que se actúa. Uno de los jefes de servicio comentó que el quirófano es *el gimnasio del cirujano*: un lugar para practicar y ejercitarse por medio de la repetición, el ensayo y el error, con el fin de obtener las habilidades necesarias y tener menos equivocaciones.

Como cualquier otro oficio, la práctica médica se aprende sobre la marcha; en principio, se conoce observando a los que saben el oficio; es común ver en un rincón o recargados sobre las paredes de los quirófanos a los estudiantes de medicina y de enfermería, quietecitos, únicamente mirando cómo intervienen los médicos. La participación es gradual, se empieza como ayudante, acomodando al paciente y lavando la zona del cuerpo que se va a intervenir; posteriormente, se colabora acomodando, lavando y pasando las herramientas quirúrgicas; sosteniendo una parte del cuerpo (levantar una pierna, mover una rodilla, reclinar la espalda); auxiliando en labores de limpieza secado de sangre, o afianzando un instrumento; luego, se le permite realizar sus primeras suturas. Las actividades

[335] "Toda cirugía se planea, se hacen los estudios necesarios al paciente como son los de radiología o de sangre, no obstante es difícil saber a ciencia cierta sobre las dificultades que encontraremos en el momento de acomodar los huesos y colocar las placas. Decimos los cirujanos que eso es precisamente lo que hace interesante nuestro trabajo, es como un viaje en el que el tiempo se desvanece, no lo sientes; tomas un camino, pero nunca sabes bien a dónde llegarás o en qué momento te tendrás que desviar. Lo bonito de nuestra labor en el quirófano es que no puedes prevenir todo aquello con lo que te vas a encontrar". Fragmento de una entrevista a un cirujano general.

[336] Notas del Diario de Campo.

FOTOGRAFÍA 114







La cooperación para la solución de problemas.
Evento en cirugia de nariz.

se llevan a cabo bajo la guía del médico responsable, quien orienta a través de la palabra y corrige sistemáticamente las posturas del cuerpo del estudiante: las técnicas para asir los instrumentos, la manera de introducirlos y desplazarlos dentro del cuerpo del enfermo (nivel de inclinación, de profundidad y fuerza en el uso de los taladros, separadores, martillos, cinceles o fresas electrónicas). Es una transmisión mimética —de cuerpo a cuerpo—, ya que el cirujano guía el movimiento de los brazos, la postura de las manos, la coordinación entre la mirada y el tacto. Cuando el cirujano toma el mando e indica cómo se lleva a cabo determinada técnica quirúrgica, o muestra en dónde meter las yemas de los dedos para que el residente perciba la clase de lesión en los tejidos, su cuerpo funge como un doble que reproduce las posturas y técnicas que deben imitarse. Éste es un proceso que se repite día a día; la variedad de pacientes y la gravedad de las lesiones son la materia prima del aprendizaje médico. Los errores y accidentes de trabajo

son propios de todo oficio; son una consecuencia de las dificultades que se tienen en el aprendizaje —aunque el exceso de confianza también es fuente de equivocaciones—.

> *Y ese conocimiento no tardó en llegar. Me hallaba en esa caldera del diablo que era el hospital, olla de alquimia en que se mezclan ideas con pedazos de cuerpo; emociones con olor a antisépticos; vidas de hombres y microbios.*
>
> *El adivinador de lo cierto*
> Federico Ortiz Quesada

Las cicatrices son a los trabajadores como las ofensas, humillaciones y palabras hirientes a los residentes: son marcas derivadas del aprendizaje. El regaño es constante. Cada que hay un traspié o se muestra una torpeza por parte del residente, hay una reprimenda por parte del cirujano: "Mi madre me dijo una sola vez que no fumara dentro de la casa y no lo volví a hacer ¿Cuántas veces le tengo que decir a usted que no pique los tejidos?". Le dice molesto un médico cirujano a un R-4, que sutura una herida en el vientre de un paciente.[337]

Como decíamos, hay errores propios del aprendizaje médico, por ejemplo, cuando se tiene dificultad para manejar un taladro, una segueta, un brazo mecánico, la colocación de un catéter, la intubación de un paciente o practicar determinada técnica quirúrgica:

> En el quirófano de ortopedia preparan a una anciana para ser intervenida por una fractura en la cadera. Se encuentra rodeada de personas de blanco, pregunta en dónde está el doctor Mafara; éste se acerca y la toma de la mano: "Aquí estoy, no se preocupe", mientras sonríe despreocupado. La anciana semidesnuda, adolorida y manipulada por el personal médico es la imagen viva del desvalido. Hay grandes herramientas en las charolas que sirven para cortar, sostener, abrir, golpear. Impresionan por su brillo. Producen miedo al saber que se inventaron para ser usadas para reparar el cuerpo humano.
>
> La intervención se desarrollaba viento en popa hasta que un residente inclinó de más una broca esférica perforando un hueso interno: el acetábulo (que sostiene la cabeza del fémur). El residente permaneció inmóvil, a diferencia del resto del personal, que rápidamente actuó bajo el mando del cirujano (solicitando sangre, colocando medicamentos, pidiendo agua). En menos de dos minutos el doctor Mafara machacó un pedazo de hueso para hacer una pasta y parchar la perforación y así evitar que se filtre el pegamento de la prótesis a la sangre. El doctor Mafara le dice al residente: "Aquí lo importante es reparar el error, actuar inmediata y

[337] *Idem.*

> decididamente, porque en lugar de una fractura ahora vamos a tener un fallecimiento". Al cabo de tres horas, el rostro del cirujano se transformó, parecía que salía del gimnasio: el rostro brilloso, las cuencas de los ojos sumidas y oscuras.[338]

Sucede que cuando se aprende un oficio hay un cierto apresuramiento por hacer las cosas bien. El cuerpo no responde a lo que el cerebro le dicta y este desfase entre mente y cuerpo casi siempre se trata de corregir aplicando más fuerza de la debida. El residente que atornilla o perfora con el taladro, que corta o cauteriza con el escalpelo, que pulimenta o desgasta con la lima, pone en alerta al médico responsable, que lo conmina a escuchar el sonido del taladro, a sentir su paso por los tejidos óseos, con el fin de que no abuse de su ímpetu y termine por lesionar otros órganos. Sólo con el tiempo el educando conquistará el balance entre la mente, el instrumento y el cuerpo. Para Gadamer esa experiencia de equilibrio se logra con el dominio del temple: aplicar la fuerza y moderar el exceso; sólo así el trabajo se transforma en una actividad ligera y armoniosa:

> Hay una frase definitoria que sugiere el carácter maravilloso de [la] experiencia de equilibrio: "Pero si se emplea la fuerza, puede arruinarse todo". No cabe duda que la validez de esta afirmación no se limita al arte de curar. Todos los que poseen cierta maestría en la producción de algo pueden confirmarlo. La mano liviana del maestro hace suponer una falta de esfuerzo, precisamente allí en donde la del aprendiz produce una impresión de fuerza. Todo lo que se hace con conocimiento participa en algo de la experiencia de equilibrio.[339]

Cuando el residente perfora la cavidad ósea, carece de esta ligereza propia de la mano experimentada, su movimiento es excesivo, falto de dominio, ya que extrae precipitadamente el instrumento y lastima el tejido óseo

Dejando a un lado el importante tema de la negligencia y la iatrogenia ocasionada por el descuido o el exceso de confianza, los médicos reconocen —como lo haría cualquier trabajador— que el error es parte de la carrera médica y concluyen que se tiene que aprender del mismo; es imposible no tener algún traspié mientras se ejercita la mente/cuerpo. Sin duda, lo deseable es la perfección, pero una vez que se presenta un evento, hay que corregirlo. Explica Richard Sennett:

> La reparación es un aspecto descuidado, mal comprendido, pero absolutamente importante en la técnica artesanal. El sociólogo Douglas Harper cree que hacer y reparar forman un todo indisoluble y dice que quienes hacen ambas cosas poseen

[338] *Idem*.
[339] Hans-Georg Gadamer, *El estado oculto de la salud*, *op. cit.*, p. 52.

> el "conocimiento que les permite ver, más allá de los elementos de una técnica, su finalidad y coherencia de conjunto. Este conocimiento es la inteligencia vital, faliblemente a tono con las circunstancias reales de la vida. Es el conocimiento en el que hacer y reparar son partes de una continuidad". Para simplificar, a menudo es la reparación de las cosas lo que nos permite comprender su funcionamiento.[340]

Así, las equivocaciones son parte del adiestramiento del cuerpo del residente, que es torpe en sus primeros movimientos; es ciego al tacto y es sordo a los sonidos del cuerpo del enfermo; su cuerpo no siempre responde con la agilidad que requiere ante lo que la mente le ordena: llega tarde o precipita su acción. Los yerros se previenen a través de la repetición práctica; es la única fórmula para que el educando acumule experiencia. Existen artes en donde el error puede considerarse como un plus estético o, simplemente, para adquirir un valor en la historia, como sucede en la fotografía o en la filatelia.[341] No sucede así en la medicina: las consecuencias derivadas de los errores dependen del tipo de cirugía y de la gravedad del hecho, como afirma el neurólogo inglés Henry Marsh:

> Una de las dolorosas verdades de la neurocirugía es que uno sólo llega a ser bueno en los casos realmente difíciles gracias a muchísimas horas de práctica, pero eso significa cometer montones de errores al principio y dejar atrás a un buen número de pacientes discapacitados. Sospecho que hay que ser un poco psicópata para seguir adelante o por lo menos llevar puesta una buena coraza.[342]

En el ámbito médico hay al menos tres aspectos para analizar los desaciertos; el primero se relaciona con las *capacidades* y *habilidades* de cada uno de los médicos; el segundo se refiere a los materiales y medicamentos, así como a los *medios* tecnológicos e instrumentales con los que cuenta la institución y, el tercero apunta a la *evolución* de cada uno de los enfermos, es decir, del hecho de cómo responda su organismo al tratamiento. Entre lo que se proyecta y lo que se obtiene siempre hay una distancia; es posible que exista un tipo de errores que se presentan al inicio del aprendizaje, debido a la falta de pericia y las dificultades de acoplamiento del cuerpo con los instrumentos. Otras equivocaciones pueden presentarse por el exceso de confianza, es decir, una vez que se domina el oficio y se tiene una vasta experiencia.

Adquirido el conocimiento tácito, se tiene conciencia del oficio, puesto que se ensayan nuevas y mejores técnicas o se imaginan otras posibilidades para la

[340] Richard Sennett, *El artesano, op. cit.*, pp. 245-246.
[341] Véase Clément Chéroux, *Breve historia del error fotográfico*, México, Serieve, 2009.
[342] Henry Marsh, *Ante todo no hagas daño, op. cit.*, p. 265.

solución de problemas; también suele suceder que el dominio de un oficio se traduzca en la repetición de movimientos mecanizados carentes de reflexividad, que provocan descuidos "insignificantes" pero con graves consecuencias para el trabajador, por ejemplo, cuando el herrero se aplasta el dedo con un martillo, el obrero tropieza y cae del andamio o el técnico recibe una descarga eléctrica al tocar un cable. En medicina el médico también pone en riesgo su salud cuando se descuida (de ahí el uso de guantes, el manejo del instrumental y los materiales tóxicos, el cubrir las heridas expuestas), precisamente porque el "objeto" de su trabajo es un ser humano que puede transmitir enfermedades:

> Un R-4, que colaboraba en una intervención de fractura de cadera, metió súbitamente la mano en la herida del paciente para sentir la lesión, cortándose un dedo con el filo del hueso, lo que provocó que saliera rápidamente del quirófano para desinfectarse la herida (algunos pacientes padecen del virus de VIH o de hepatitis). En este caso el error afectó al residente que introdujo la mano con demasiada fuerza, sin prever que podría lesionarse. Si —a pesar de contar con los guantes— el médico sangró dentro de la lesión, el paciente también corre un riesgo. El rostro de molestia y enojo del cirujano responsable era evidente.[343]

Los médicos coinciden en que se aprende mucho de los pacientes delicados de salud, ya que son una oportunidad para que los residentes perfeccionen las técnicas quirúrgicas; además, es usual que entre cirujanos comenten aquellos casos de pacientes graves, pues enriquecen su conocimiento y experiencia; es parte del juego por el reconocimiento. Cuando una intervención quirúrgica se complica y el cirujano al mando no puede solucionarla, solicita la ayuda de otro colega (reconociendo implícitamente que es superior en competencias). Este médico tratará de resolver el problema; no obstante, la responsabilidad del paciente sigue siendo del médico a cargo. Tal reconocimiento es discreto y abona para la cooperación entre los especialistas en beneficio de los pacientes, de lo contrario, se validaría el dicho de que *mientras otros corrigen sus errores, el médico los entierra*. La siguiente nota describe cómo se brinda este tipo de apoyo entre colegas:

> Tres horas después de ingresar al hospital, se traslada a un paciente herido por arma blanca al quirófano. El agujero se observa en la parte superior de la pierna derecha por donde escurre la sangre. Durante ese tiempo, en el Servicio de Ur-

[343] "Existe un protocolo cuando el personal médico sufre alguna lesión; lavar con agua abundante y jabón, exprimir la herida y hacerse pruebas clínicas cada determinado tiempo". Notas del Diario de Campo.

gencias no lograron detener la hemorragia. El paciente viene de un "punto rojo", es decir, de un lugar donde se vende droga. Como en el incidente hubo un asesinato, el jefe de Quirófanos solicita al policía que custodia al lesionado que ingrese a la sala de operaciones, por lo que le proporciona un pijama quirúrgico. Dentro del quirófano, se limpia la pierna del paciente y se le colocan los "campos", con la finalidad de despejar la zona de intervención y cubrir el resto del cuerpo. A la altura del cuello se levanta un campo que cubre la cabeza del paciente (como si fuera una pequeña tienda de campaña) e impide ver el resto del cuerpo. Se observa a cuatro médicos trabajar sobre la cabecera de la camilla, dos anestesiólogos y dos residentes de la misma especialidad que intuban, colocan la mascarilla, conectan los aparatos, administran los medicamentos, las soluciones y monitorean. Las enfermeras al pie de la mesa de operaciones proporcionan materiales y otros instrumentos. Junto a la puerta se queda el policía que sostiene el arma con la mano que asoma por encima del pijama quirúrgico. Cuatro médicos cirujanos —dos de cada lado— intervienen sobre la pierna que es abierta por la parte interna, para buscar la causa de la hemorragia. Dos residentes utilizan un gancho de cada lado de la herida para abrirla y ampliar el área de trabajo de los cirujanos. Por momentos sujetan la apertura con alguna pinza o para detener alguna hemorragia; los cirujanos meten los dedos tratando de sentir y "de ver" a través del tacto la lesión. Se escucha: "Aquí está", pero siguen palpando. En esos momentos el ambiente es relajado, priman las bromas y el coqueteo entre los residentes.

Abren más la herida. El escalpelo corta los músculos interiores. Nuevamente los dedos de los cirujanos se introducen y buscan como si fueran pequeños ganchos vivientes, pero no encuentran el origen del sangrado. El dedo índice del cirujano responsable penetra y se mueve en pequeños círculos, como si sobara los músculos internos de la pierna; se meten sistemáticamente gasas para secar la sangre —y medirla— con el fin de observar el origen del chorrito que no deja de escurrir. Los médicos rotan las manos, introducen los dedos, se asoman, comentan, observan la femoral, se preguntan de dónde viene la fuga, presionan, pinzan, separan músculos, vuelven a cortar, se responden a sí mismos: "Aquí tendría que estar". El jefe de Quirófanos, al percibir que la intervención se ha extendido más de lo esperado, le pregunta al cirujano: "¿Qué pasó flaco?", éste a su vez le pide que le hable a la doctora Chaires. Disgustado, el cirujano interroga a los residentes: "¿Cómo salía la sangre cuando llegó el paciente?, ¿le hicieron 'Doppler' ?". Ninguno de los residentes sabe qué decir. La molestia va en aumento, al igual que la desesperación. Se escucha decir al cirujano: "Está un hematoma, está la femoral, ya llegamos a la puntilla, pero no se ve el sangrado [...]". Pregunta el cirujano al anestesiólogo: "¿Cómo está la presión?". Se escucha: "Baja, 118/58". Le comenta: "Tengo referida la femoral, pero no está comprimida [...]". El médico decide hacer una disección lateral del otro lado del muslo; se voltea al paciente. Se escucha el sonido del escalpelo electrónico mientras corta, al mismo tiempo que se ve salir el humo de la herida y se succiona la sangre. Huele a carne quemada. Nuevamente los separadores entran

en acción, uno de cada lado. El cirujano mueve su cabeza hacia su hombro para secarse el sudor, solicita otro instrumento, enfermeras y residentes lo buscan en las charolas. La pierna flexionada del paciente sobre la camilla muestra los dos cortes quirúrgicos. El cirujano decide localizar la fuga con unas pinzas pequeñas; a un metro del foco de atención, se observan las cabezas juntas e inclinadas, separadas a muy poca distancia parecen rozarse. Todas las miradas confluyen sobre la herida; nuevamente el escalpelo profundiza cautelosamente; hay un momento en el que se observan seis manos trabajando simultáneamente en la herida; todas ellas parecen actuar de manera autónoma, cada uno de los dedos se mueve cumpliendo una función independiente; éstos como si fueran pequeñas palancas se estiran, doblan, cierran, palpan, presionan, agarran y separan la carne. Las manos se intercambian, los brazos parecen enredarse: "Sostén esto, seca ahí, abre más [...]". La tensión que viven los cirujanos no parece llegar a otros actores pues una enfermera que está sentada junto a la puerta anota tranquilamente en su libreta; el policía apostado en la otra puerta observa curioso el trabajo de los médicos; los anestesiólogos no se despegan del monitor y aprovechan para platicar con los cirujanos sobre lo que le sucede al paciente. Después de la tercera hora, la atención de todo el personal médico es mayor. Nuevamente se escucha decir al cirujano: "Háblenle a la doctora Chaires". Como la doctora no estaba, llegó otro cirujano; un hombre con experiencia, de unos 65 años de edad. Se lavó las manos, le ayudaron a colocarse el pijama quirúrgico, los guantes, el gorro y el cubre bocas. Se acercó al centro de la sala de operaciones para que lo pusieran al tanto de la situación. Se escucha: "Ya revisamos la femoral, la coplipia y no tiene lesión, pero hay presencia de sangre arterial, viene de este lado, pero no la alcanzo a ver". El viejo doctor mete los dedos en la herida, ordena cortar más, *meterle sin miedo,* minutos después comenta: "Ahí está"; pide la sutura con aguja y se inicia el cierre de la herida. Poco después comentará que sus muchachos *se embotaron* y no podían resolver el problema.[344]

Todo artesano se enfrenta con dificultades cuando el objeto sobre el que trabaja se resiste a ser moldeado o reparado. Ésta era una intervención rutinaria. El cirujano es reconocido por su habilidad, mas no logra encontrar la arteria lesionada. Abre un segundo canal y tampoco la localiza. Sube la tensión cuando el anestesiólogo detecta que el paciente está perdiendo demasiada sangre y baja la presión del herido. Se localiza a otro cirujano que llega descansado, despejado de la mente para observar desde otro ángulo el problema; decide profundizar el corte, mete los dedos y logra pinzar el origen del sangrado. Fuera de quirófano comentará que sus muchachos *de vez en cuando se embotan*, queriendo con ello decir que después de cierto tiempo de intervención la paciencia se agota provocando que el pensamiento y las habilidades se estanquen. Insiste en que este *embotamiento* puede

[344] Notas del Diario de Campo.

Fotografía 115





Tensión y cooperación en una cirugía
de paciente acuchillado.

sucederle a cualquiera que tiene una práctica probada, puesto que ciertas dificultades adormecen los sentidos.

Algunos comentan que existen cirujanos que no solicitan ayuda y prefieren ocultar el error, antes que sentir o reconocer que son "incompetentes" ante el resto de los compañeros. El problema antes descrito no apunta hacia la incapacidad o la ineptitud del especialista, sino al adormecimiento de los sentidos derivado del agotamiento y la impaciencia. La solicitud de ayuda de un colega a otro tiene la virtud de inyectar sobre la marcha una perspectiva nueva al problema. Esta actitud reconoce qué hay que hacer, cuándo detenerse o solicitar apoyo, independientemente de la experiencia y el conocimiento del cirujano.[345]

Otro problema adicional ocurre cuando el paciente evoluciona mal por un desatino del cirujano a cargo, por lo que solicita ayuda de otro colega para "reparar" el error. Si el paciente está grave es difícil que éste acepte, a menos que lo haga por dinero; de cualquier forma, si decide hacerlo, él sería el nuevo responsable de la intervención.

[345] "Cuando mi instrumental penetra en el cerebro o la médula espinal son necesarias la destreza y la experiencia, y uno tiene que saber cuándo parar. A menudo, incluso es mejor dejar que la enfermedad del paciente siga su curso natural y no operar siquiera. Y luego está la suerte, tanto la buena como la mala; a medida que adquiero más y más experiencia, me doy cuenta de que la suerte es cada vez más importante". Henry Marsh, *Ante todo no hagas* daño, *op. cit.*, p. 14.

Capítulo 5
La organización institucional de la muerte

—Los símbolos se convierten en címbalos a la hora de la muerte, dice Gerrit Achterberg.
—Sí, pero ¿qué quería decir exactamente con eso?
—Pregunta Mieke.
—Pues, eh, creo que algo así como que todo lo que parecía haberse pensado tan profundamente degenera en el ruido estúpido de un mono que golpea una lata vacía con un trozo de madera en el momento en que la Muerte desliza su pierna huesuda por la puerta. Adentrarse en el abismo con un paracaídas o estar sentado en la tapa de un cubo de basura, ése es el paso de símbolo a címbalo.

Danzando con la muerte
Bert Keizer

De la ambigüedad de la muerte hospitalaria

La muerte es en general un hecho pleno de ambigüedad. A pesar de que las sociedades actuales tienen acceso a una buena cantidad de relatos con base científica, que tienden a desmitificarla y postularla como una instancia común y natural (sobre todo, al explicar de la manera más veraz sus posibles causas), los agentes siguen experimentándola como la irrupción de una fuerza ominosa que produce tanto dolor, por la desaparición de los otros significativos, como angustia, por la paulatina cercanía de la propia desaparición. El médico y ensayista Bert Keizer comenta al respecto:

> La religión perdió terreno según lo fue ganando la ciencia, por decirlo de alguna manera. A lo que me refiero es al *desencantamiento del mundo* weberiano: una tormenta no se explica por los martillazos furiosos de Thor, sino por una descarga eléctrica. Esa respuesta eléctrica implica bastantes cosas: dejar a Thor sin trabajo y

la imposibilidad de seguirle preguntando al mundo ¿por qué haces eso? Si le preguntabas a Thor, te decía: porque estoy furioso, pero no le puedes hacer esa pregunta a una chispa eléctrica.

De la tormenta a la enfermedad: en el viejo mundo anímico que nos miraba, un mundo con el cual nos podíamos enfadar y al que le podíamos dar las gracias, en resumen, un mundo que estaba lleno de nosotros, la enfermedad era un movimiento comprensible con el cual el mundo nos atacaba. Había una razón para esa enfermedad: habíamos cortado el árbol equivocado, habíamos significado demasiado poco, habíamos luchado mucho y cosas por el estilo. Pero si *ahora* le preguntas al médico por qué estás enfermo, te dirá: "porque tus arterias están obstruidas", que es una respuesta bastante rara si se tiene en cuenta que lo que querías decir realmente era: ¿por qué me tiene que pasar esto a mí?[346]

La ambigüedad de la muerte no es ajena al medio hospitalario. En un nosocomio como el Rubén Leñero (marcado por la violencia social y la pobreza) tiene una faceta bastante cotidiana; las estadísticas indican que todos los días hay decesos entre las grandes cantidades de pacientes recibidos. Cabe señalar que en los hospitales de salud pública de nuestro país la gran mayoría de las personas no muere de vejez, sino por complicaciones de enfermedades como la diabetes o la hipertensión; por alguna cardiopatía; por accidentes de trabajo, o por infinidad de hechos violentos, pese a lo cual cada muerte anunciada por los médicos se sigue viviendo como el extraordinario cese de una vida, por más precaria o carente de cuidado que ésta pueda ser.

Hay personas que acuden al hospital imaginándolo como un espacio en el que los especialistas pueden mantener a raya al dolor y la muerte. La representación no es del todo errónea, pero los médicos saben que en muchos casos no se puede hacer mucho más que brindar acompañamiento hasta el desenlace fatal. Cuando se trata de pacientes crónicos o en estado de inconciencia, únicamente se retrasa un poco más el inevitable deceso, aunque con ello también se prolonga la esperanza de un milagro, de un golpe de suerte que evite que la enfermedad salga victoriosa.

La muerte en el hospital es compañera cercana del personal médico y de enfermería, que trata de convivir en paz con ella administrándola a través de las normas, los procedimientos, los protocolos oficiales o las barreras físicas.[347] Cuando

[346] Bert Keizer, *Danzando con la muerte, op. cit.*, pp. 156-157.

[347] El sociólogo David Sudnow comenta que es el personal de base (médicos, enfermeras y camilleros) el que, por su contacto continuo con los pacientes, se enfrenta más a la muerte, en contraste con el personal administrativo y los directivos. En el trabajo de campo observamos que los trabajadores que ocupan las jerarquías más bajas del personal hospitalario, como las enfermeras

FOTOGRAFÍA 116



La muerte acecha.

FOTOGRAFÍA 117



Cooperación y coordinación.

muere un paciente es (entre otras cosas) amortajado y llevado al Servicio de Patología, donde permanece hasta ser reclamado por algún familiar, que únicamente podrá hacerse con el cuerpo a través de un servicio funerario autorizado. En un nivel mucho más informal, el personal enfrenta la muerte a través de imágenes

---

y los camilleros, son quienes tienen mayor contacto con el cadáver. Véase David Sudnow, *La organización social…*, *op. cit.*

religiosas (que contrastan con sus labores científicas), de las bromas o el consumo de alcohol. También habría que señalar que, pese a las apuestas por gestionarla, la muerte siempre tiene en su favor el factor sorpresa, el momento inesperado para hacerse presente y afectar al personal:

> Entrevistador: ¿Qué evento te ha afectado más en el hospital?
> Enfermera: Hace unas semanas llegó una niña de doce años. Traía atorada en la garganta una pelota de hule, de esas que rebotan mucho y que sacas de las máquinas tragamonedas que ponen en las tiendas. Se la habían encargado a una tía quien la trajo al hospital. La niña murió asfixiada y yo no dejaba de presionar su pecho y darle respiración, hasta que un médico me tuvo que abrazar y separarme de ella. Me decía: "Ya se murió", pero yo no lo podía aceptar. Para mí fue una situación muy dolorosa.[348]

En su ensayo *La soledad de los moribundos*, el sociólogo Norbert Elias expone los cambios en la experiencia de la muerte en medio del *proceso civilizatorio*. La vida de los enfermos contemporáneos comienza su declive en el aislamiento de los hospitales; sus cuerpos permanecen inmóviles en su cama entre aparatos, tubos y mangueras. Una imagen muy diferente de la del mundo tradicional, en el que las personas morían ciertamente en mayores cantidades, pero lo hacían siempre en casa y acompañadas de sus familiares, junto a niños que rodeaban al enfermo para proferirle rezos y cantos.[349]

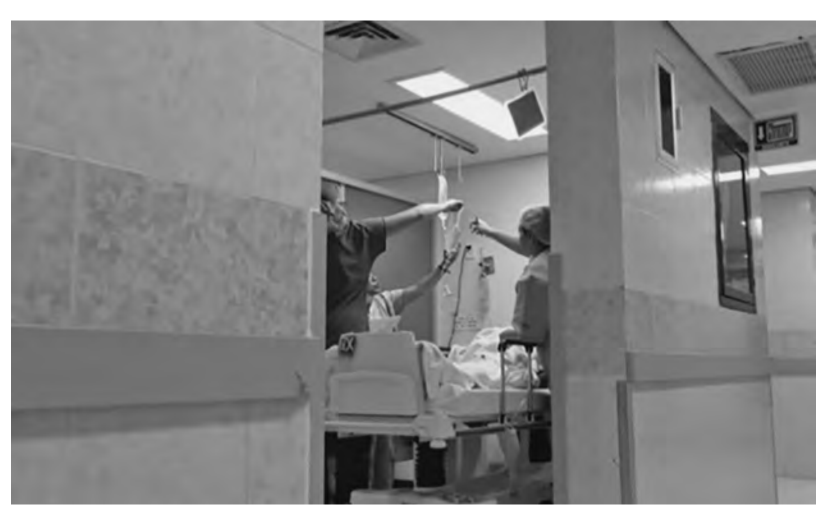
En la actualidad se muere mucho más en los hospitales, bajo protocolos de separación y aislamiento del resto de la comunidad. En ocasiones incluso distanciado de la propia familia (recordemos lo restringida que está la visita familiar en algunos servicios). En los hospitales contemporáneos rige el silencio; cualquier festejo debe realizarse con prudencia y discreción; se prohíbe la entrada de alimentos y de muchos otros objetos. También se ha modificado la experiencia del dolor, gracias a los avances en materia de anestésicos y narcóticos. Los nuevos medicamentos atemperan y ocultan la manifestación de los signos de la enfermedad (espasmos, quejas, exclamaciones) transformado la agonía en un discreto tránsito hacia el suspiro final.

De hecho, los pacientes moribundos que muestran la evolución degenerativa de su enfermedad son ocultos por medio de barreras visuales y sanitarias (anaqueles, cortinas) que impiden la diseminación de infecciones. Ejemplo de ello es el área de pacientes quemados. Ésta se encuentra en un extremo del tercer piso del hospital, y para acceder a ella se requiere pasar a una antesala para el aseo de

[348] Fragmento de una entrevista a la jefa de enfermeras del Servicio de Urgencias.
[349] Véase Norbert Elias, *La soledad de los moribundos, op. cit.*

manos y el cambio de ropa. Una situación similar se observa en la Unidad de Cuidados Intensivos, ubicada en un nivel más abajo, en el mismo extremo del hospital. El Área de Quirófanos es la más cuidada de todas; al igual que el hospital como conjunto, está dividida por una zona blanca, una gris y una negra.

FOTOGRAFÍA 118



Recuperación posoperatoria.

Al mismo tiempo, tales barreras físicas impiden la visualización entre los pacientes hospitalizados. Cuando las personas mueren, sus cuerpos son amortajados y retirados discretamente, cubiertos por una sábana blanca, para ser llevados al Servicio de Patología, una edificación ubicada en la planta baja, apartada del resto de las instalaciones del hospital:

> El camillero es quien traslada el cadáver al Servicio de Patología. Para ello, tiene que desplazarse por los pasillos del edificio, abordar el ascensor, salir a la planta baja y recorrer el patio del hospital. Las autoridades del hospital decidieron cambiar por cristales opacos las ventanas de la sala de espera del Servicio de Urgencias ya que las personas que se encontraban ahí, podían ver pasar al camillero con el cuerpo envuelto, lo que provocaba gran ansiedad en la sala.[350]

Habría que agregar que los hospitales de salud pública no logran del todo aislar a los pacientes; barreras como las cortinas que dividen una misma habitación compartida por varias personas no evitan los sonidos de las quejas, los estertores, la

[350] Notas del Diario de Campo.

respiración, los ronquidos; mucho menos la invasión de olores involuntarios derivados de las infecciones, de las enfermedades crónicas, o aquellos emitidos por el cuerpo como las flatulencias, los eructos, el aliento, la orina y el sudor.[351] Algunas veces todos estos miasmas se combinan con el aroma de los medicamentos e incluso de los alimentos.

FOTOGRAFÍA 119



Unidad de Urgencias.

La situación se dificulta cuando ingresa el personal médico por alguna situación de emergencia y debe llevar a cabo algún procedimiento de resucitación. Cabe aclarar que la decisión de retirar los cuerpos no responde únicamente a un orden ritual o de deferencia, puesto que los procesos bioquímicos inherentes a la muerte pueden ser un riesgo de infección para otros pacientes y trabajadores. Ejemplo de ello fue una ocasión en la que llegó al Servicio de Urgencias un paciente suicida que había ingerido raticida; tras morir, los médicos comentaron que existía el riesgo de que se volatilizara algún residuo tóxico, por lo que el servicio debió ser evacuado y esterilizado de inmediato, como una medida precautoria.[352]

[351] "El olor corporal, ligado al metabolismo de cada individuo, no es, indudablemente, el mismo en cada momento del día y de acuerdo con los estados de salud. El enfermo, sometido a hechos biológicos no habituales, ve cómo se modifica un poco su olor habitual, tanto en las afecciones menores como en las enfermedades más graves que alteran sensiblemente el metabolismo. Cuando uno no se 'siente' bien, está enfermo". David Le Breton, *Antropología del cuerpo*..., *op. cit.*, p. 114.

[352] Notas del Diario de Campo.

FOTOGRAFÍA 120



La Santa Señora de la Guadaña.

EL CADÁVER Y EL APRENDIZAJE

El cadáver del "muerto a la llegada" en su tránsito de la escena de la muerte hacia la morgue constituye una oportunidad ideal de aprendizaje experimental [...]. No sólo los pacientes vivos son su objeto [...]. Hay una norma en la unidad de emergencia por la cual a "todo muerto a la llegada" se le debe insertar un tubo "endotraqueal" a través del cuello. Esto sólo puede hacerse una vez que el paciente se declare muerto [...]. Es que este tubo es muy difícil de insertar ya que requiere mucha fuerza y cuidado y, en la medida que puede ser muy doloroso, no puede practicarse en pacientes "vivos".

La organización social de la muerte
David Sudnow

En el campo médico la muerte representa una oportunidad para aprender sobre la enfermedad y el funcionamiento del cuerpo. Se dispone de los cadáveres y de los huesos para el ejercicio académico. Se sabe que los estudiantes de las facultades de ciencias médico-biológicas (como las de medicina u odontología) suelen recurrir a los panteones para adquirir cráneos o partes del esqueleto humano que les permitan realizar sus tareas escolares, sabedores de que ninguna ilustración o reproducción plástica permite un cabal aprendizaje del cuerpo. Las facultades y escuelas de medicina trabajan con cadáveres que provienen de diferentes trayectos, entre los que destacan: *a*) la donación del cuerpo por voluntad póstuma; *b*)

la donación por parte de los familiares; *c*) la donación de cuerpos que no fueron reclamados por ningún familiar y que se encuentran en los institutos de ciencias forenses, rubro dentro del que se encuentran las personas abandonadas o en condición de calle.[353] Comenta el director del Instituto de Ciencias Forenses de la Ciudad de México (INCIFO):

> La medicina forense no es una especialidad médica bonita; en realidad es horrible, es desagradable, nauseabunda. Es muy interesante porque brinda satisfacciones particulares en cuanto a la actuación del médico y ayuda en algunas investigaciones académicas. Ningún deudo va a venir a decirte: "Doctor, gracias (o felicidades), hizo un magnífico corte en la necropsia". ¡No! Te van a decir que eres un hijo de la fregada, que "¡Qué poca [...]! ¿Por qué abriste a mi familiar en canal?". Las alabanzas son para los cirujanos obstetras, los cirujanos plásticos, los que arreglan una nariz o alguna otra parte del cuerpo a su paciente.[354]

En la Ciudad de México todas las personas que mueren por causas violentas (así como aquellas que mueren por causas no violentas, pero que han sido designadas por las autoridades como casos médicos legales) son trasladadas, en primer lugar, a una agencia del Ministerio Público. Es en dicha agencia donde se realiza una revisión externa (señas particulares del cuerpo). Todo cadáver ingresa en calidad de desconocido hasta que se corrobore su identidad; el método más común para hacerlo es la dactiloscopía.[355] La decisión de realizar una necropsia sólo compete al agente a cargo del Ministerio Público y no puede ser contravenida por médicos, jueces o familiares. Generalmente, busca determinar si la muerte tuvo alguna causa criminal.

[353] Por disposiciones legales el cadáver sólo puede ser reclamado por familiares directos que comprueben su filiación con documentos oficiales. No hay excepciones, ni siquiera para personas cercanas como amigos y vecinos del difunto.

[354] Fragmento de una entrevista realizada al director del INCIFO de la Ciudad de México. En ese mismo tenor comenta el médico holandés y ensayista Bert Keizer: "Después de un año en formol, la mayoría de los cuerpos que vi cuando era estudiante se habían transformado en fantasmas, proyectos para una casa embrujada, en posiciones grotescas del estilo de las de Pompeya y que invariablemente tenían una risilla espantosa, ya que los labios se levantaban al arrugarse la piel. Era importante quitarse el olor de las manos, una mezcla de acetona y mierda petrificada. Durante semanas no podía tocar la comida con las manos". Bert Keizer, *Danzando con la muerte, op. cit.*, pp. 26-27.

[355] No está de más señalar el supuesto de que portar una identificación oficial en el momento de la defunción no es considerado como una prueba veraz de la propia identidad. Una credencial del Instituto Nacional Electoral, una cédula profesional o un pasaporte podría estar en posesión de una persona que no es necesariamente su dueña por múltiples razones.

Fotografía 121










Los médicos del Servicio de Patología dialogan con el equipo de sociólogos acerca de sus labores.

También hay otro tipo de necropsias y tienen un carácter médico. Buscan retroalimentar el diagnóstico realizado por los médicos y evaluar el tratamiento que aplicaron a lo largo de la estancia hospitalaria a la persona finada, así como también detectar patologías y problemas que competen al ámbito de la salud pública. Al no estar circunscritas al ámbito legal, únicamente pueden ser autorizadas por la familia (o el paciente, en caso de ser mayor de edad y haber expresado su voluntad de manera consciente en presencia de un notario público), lo que implica un importante esfuerzo de convencimiento por parte de los médicos que atendieron en vida al paciente o los patólogos que trabajan en el hospital.[356]

En el Hospital Rubén Leñero las labores de medicina legal que realizan los médicos forenses comprenden la valoración de pacientes reportados con lesiones, producto de las diferentes formas de violencia familiar o social. No obstante, es el INCIFO de la Ciudad de México quien debe aportar a las autoridades correspondientes todos los elementos científicos acerca del estado de los cuerpos que interviene para que, si es el caso, se abra una carpeta de investigación a fin de localizar a los probables responsables.[357] Cuando una persona es trasladada en ambulancia y muere durante el trayecto al hospital, el cadáver debe permanecer en el vehículo y los hechos deben ser reportados a un agente del Ministerio Público, quien debe levantar el acta correspondiente en aras de determinar las causas del fallecimiento y la condición legal del cadáver.

Como el resto de los hospitales de salud pública, el Rubén Leñero tiene acuerdos para proveer de cadáveres (necesarios para las labores de enseñanza) a las facultades y escuelas de medicina de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) o el Instituto Politécnico Nacional (IPN). La Secretaría de Salud (como máxima autoridad en temas sanitarios) y otras instancias jurídico-legales como los Ministerios Públicos son las agencias que avalan estas transacciones. No obstante el carácter oficial de las mismas, conviven con prácticas informales propias de las redes de pares: si los miembros del Servicio de Patología de un hospital mantienen buenas relaciones con sus contrapartes en las escuelas de medicina, pueden proporcionar cuerpos con mucha mayor facilidad (sobre todo en lo que a trámites burocráticos se refiere).

Algunos cadáveres son estudiados por varias escuelas de medicina. Hay casos de cuerpos que incluso han llegado a destacar por alguna anomalía o particularidad física; se les considera casos extraordinarios y se cree que merecen ser analizados

[356] Fragmento de una entrevista al director del INCIFO de la Ciudad de México.

[357] "El jefe del Servicio de Patología comenta que, al ser examinado, todo cadáver muestra la trayectoria de la persona, su estilo de vida: el tipo de alimentación que llevó, los excesos y las carencias, el tipo de violencias que padeció (abuso sexual, maltrato físico)". Notas del Diario de Campo.

por una comunidad estudiantil más amplia. Existe un registro de los cadáveres que no han sido reclamados durante por lo menos 15 días y que se donan a las facultades y escuelas de medicina.[358] Esta base de datos institucional contiene la información general de las personas fallecidas (incluyendo sus huellas digitales y fotografías), así como un seguimiento del cuerpo hasta su destino final, que será la incineración o la fosa común.

Sin duda, la refrigeración y los avances en el campo del embalsamamiento han sido importantes para poder preservar la integridad de los órganos, los músculos o los huesos en un estado conveniente (sin descomposición orgánica), para ser manipulados por los estudiantes de medicina y residentes de diversas especialidades. La imagen del actual Servicio de Patología del Hospital Rubén Leñero no dista mucho de las imágenes clásicas de cirujanos en el siglo XIX. En él se pueden observar estantes llenos de pequeños frascos (y otros recipientes) de varios colores, que contienen "piezas" de cuerpos humanos, así como muestras de tejidos listas para ser diseccionadas (o sometidas a pruebas de laboratorio) en busca de anormalidades o indicios de alguna enfermedad. Las "piezas" son inspeccionadas con sumo detenimiento y los datos obtenidos se anotan en una hoja diagnóstica utilizando una vieja máquina de escribir mecánica.

FOTOGRAFÍA 122



Notas de residentes.

[358] "Rara vez se presentan casos como el del cuerpo de un hombre que estuvo circulando de escuela en escuela por alrededor de cuatro años hasta que en la Universidad Autónoma de Puebla alguien lo reconoció y los familiares fueron por él, para ser finalmente enterrado". Notas del Diario de Campo.

En ocasiones el Servicio de Patología es menospreciado por el resto de los servicios del hospital se le considera un simple depósito de cadáveres, que los administra con miras a ser entregados a los familiares. También se le percibe como un espacio de resguardo y de registro de piezas desechadas, cuya función es evitar cualquier problema médico-legal. En ese sentido y pese a las importantes labores que desempeña, se le considera como un servicio de naturaleza más burocrática que científica. Al Rubén Leñero llegan anualmente más de 20 mil piezas para ser analizadas (provenientes incluso de otros hospitales) y un promedio de 600 cadáveres, siempre entre carencias logísticas que requieren solventarse por medio de estrategias del personal que labora en el lugar.

El contacto con el cadáver (con sus partes seccionadas y tejidos) acerca al residente a una nueva experiencia de aprendizaje a través del cuerpo y los sentidos. El procedimiento de tocar y observar directamente órganos como un corazón o un cerebro, diseccionarlos y compararlos con las ilustraciones de un libro especializado, permite una mayor comprensión del órgano.[359] Los cuerpos se desarman y se vuelven a armar de manera constante. La representación del cuerpo humano como una maquinaria divisible en partes debe mucha de su fuerza y elocuencia al contacto de los estudiantes con los cadáveres. En las autopsias se expone y explica el funcionamiento de los diferentes órganos (y sus interconexiones), así como los daños que éstos sufrieron, con la finalidad de reconstruir el proceso biológico que causó la muerte.

La historia de la medicina atraviesa por la superación de dogmas religiosos y sociales después del Renacimiento, cuando se abrieron los cadáveres para su estudio. La práctica sobre el cuerpo con fines científicos era una cuestión restringida que se desarrollaba bajo estricta vigilancia y permiso de autoridades religiosas y civiles; los primeros intentos de sistematizar una ciencia de la anatomía humana se fiaron de aquellos cuerpos de criminales que fueron ejecutados, de sujetos denominados infames y apartados de la sociedad. Este nuevo escenario implicó la instauración de un campo significante distinto, que operó bajo el dispositivo hospitalario conformado por el sistema de salas y especialidades, el cual experimentó con diversas técnicas y tecnologías en la carne de los cadáveres. En su libro *El adivinador de lo cierto,* el doctor Federico Ortiz Quesada comenta:

> Poco a poco las clases de anatomía descriptiva y después topográfica, me acostumbraron al trato con el cadáver, pegajoso y helado, en el frío y húmedo anfiteatro.

[359] "[...] me llevé a casa la mitad de un cerebro porque se podía indicar más o menos donde estaba en él la glándula pineal de Descartes: el lugar en que éste se imaginaba que la consciencia penetraba en el cerebro. La mitad del cerebro luciendo la glándula pineal me parecía lo más real que alguna vez había tenido en mis manos". Bert Keizer, *Danzando con la muerte, op. cit.*, p. 27.

> Mi nariz se habituó a lo nauseabundo, a lo podrido. Jóvenes que tenían entre 17 y 19 años manoseaban aquellos desechos de hombres y mujeres, y también cercenaban manos, cabezas, penes. Crueldad ejercida por una juventud ávida de conocimiento.[360]

El conocimiento empírico acerca del cuerpo y su funcionamiento se sistematiza como método y ciencia con los primeros tratados anatómicos, que son verdaderos compendios detallados sobre la composición de los órganos y tejidos, así como de su interrelación vital.[361]

La sapiencia y la instrucción que se obtienen gracias a la autopsia implicaron el reconocimiento de una historia oculta tras la piel, que podía reconstruirse por medio del estudio de los órganos del cuerpo. El cadáver ofrece una oportunidad diferente y novedosa en el entendimiento y la enseñanza de la medicina. Actualmente, para los médicos de cualquier especialidad, la autopsia es el único método para llegar a la verdad biológica de la muerte, principalmente cuando ésta se presenta como un enigma que escapa a todo diagnóstico clínico. Curiosamente, todos los expedientes contienen un *pronóstico reservado*, que considera el peor escenario posible. En cada intervención hay una franja de *penumbra*, que no puede ser conocida por la ciencia médica y, por muy delgada que ésta sea, existe:

> El grado de incertidumbre en la medicina provoca que se dinamice como ciencia. La falta de respuestas impulsa el avance de la medicina. El cuerpo humano es el mismo desde siempre, conocer completamente su funcionamiento es como buscar en las profundidades del océano inexplorado. Cuando se pasa de la investigación macro a la investigación micro se abre un amplio campo de preguntas sobre el cuerpo humano. ¿Por qué si operamos a diez pacientes de lo mismo éstos evolucionan de manera diferente? Falta mucho por explorar en las profundidades de ese mar.[362]

Los denominados "casos cerrados" son un recurso pedagógico hospitalario, de naturaleza institucional. En ellos el patólogo decide —después de la autopsia— poner a discusión en una sesión académica alguna muerte aparentemente inexplicable. "Cerrar" un caso supone que el servicio en el que ocurrió la muerte prepare y exponga el expediente del paciente fallecido ante la comunidad médi-

[360] Federico Ortiz Quesada, *El adivinador de lo cierto*, México, McGraw-Hill Interamericana, 2000, p. 8.

[361] Para profundizar sobre los antecedentes de la anatomía como ciencia sistematizada en Occidente se puede consultar el capítulo "Abrir los cuerpos", en Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 2009, pp. 171-198.

[362] Fragmento de una entrevista a un médico cirujano.

ca del hospital. Al final, es el patólogo quien expone —conforme a los resultados de la autopsia— las causas de la muerte.[363]

La aproximación sistemática al interior del cuerpo humano no sólo se limita a los cadáveres, también puede practicarse en un cuerpo vivo, como cuando se realiza una cirugía. Un médico patólogo comenta que los residentes de cirugía o de patología tienen que reconocer los tejidos de los órganos y las partes del cuerpo; el universo es tan vasto que difícilmente se podrán conocer todas las clases de células existentes, por esa razón se trabaja principalmente por medio de *piezas*. En principio, los residentes dibujan los órganos y los tejidos como un ejercicio de memorización de la anatomía humana; tendrán la oportunidad de observar el interior del cuerpo en cada caso grave que llegue al hospital. En hospitales precarizados como el Rubén Leñero, en los que no se cuenta con la tecnología para realizar resonancias magnéticas para saber a ciencia cierta si hay algún órgano dañado, los médicos cirujanos pueden decantarse por abrir el cuerpo y revisar su interior. No es casual que para éstos tales cirugías se asemejen a las autopsias, aunque obviamente no se trabaja igual ni tienen la misma finalidad; como dice Foucault: "Una clínica de los síntomas busca el cuerpo vivo de la enfermedad; la anatomía no le ofrece más que el cadáver".[364] El patólogo estudia el interior del cuerpo muerto buscando certezas entre los tejidos y sin las preocupaciones adicionales de tener que mantener con vida a un paciente. Comenta un jefe de servicio del hospital:

> Muchas veces el técnico eviscerador es quien hace la autopsia. *Cuando tiene completa la res en la plancha,* tarda únicamente media hora en abrir y sacar todos los órganos del cuerpo: desde la lengua, los pulmones, el corazón, el aparato digestivo, hasta el ano. Si se autoriza la trepanación cerebral —porque deja una marca— también la realiza. Él prepara en "bloque" todos los órganos del cuerpo en la charola. Si es de madrugada deposita los restos en el refrigerador para que, al día siguiente, sea el patólogo quien trabaje con ellos; total, el muertito puede esperar.[365]

Para la ciencia médica, la muerte de un paciente no siempre es un fracaso; puede ser una experiencia que contribuye a la producción de conocimiento. Para los médicos siempre es posible conocer la verdad de la muerte biológica por medio

[363] "Aunque en el Rubén Leñero se han suspendido las autopsias por reformas al sistema de salud, éstas jugaron un papel central en el conocimiento de los padecimientos, así como en las causas de la muerte. Los médicos del Rubén Leñero reconocen que la autopsia es un método seguro para llegar a la verdad de la muerte biológica". Notas del Diario de Campo.

[364] Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica, op. cit.*, p. 191.

[365] Fragmento de una entrevista al jefe de Enseñanza.

de una autopsia. La importancia de la disección del cuerpo y su análisis patológico están en el diálogo que se establece con la clínica diagnóstica. En *El nacimiento de la clínica*, Michel Foucault estudia la correspondencia entre enfermedad y autopsia; las interrelaciones que se establecían con la geografía y los síntomas en el cuerpo vivo, la evidencia visible con el cuerpo abierto, como un ejercicio de retrospectiva con base en los resultados forenses que establece nuevas hipótesis y un diagnóstico más acertado; por eso: "La anatomía no ha podido ser patológica sino en la medida en que lo patológico anatomiza espontáneamente. La enfermedad, autopsia en la noche del cuerpo, disección en lo vivo".[366]

Así, la clínica se retroalimenta de los síntomas y de las huellas patológicas que dejan las enfermedades o las lesiones y compara experiencias entre casos similares que transforma en conocimiento práctico, el cual queda archivado en un expediente. El cadáver es intervenido más allá de su interés anatómico, como evidencia final de una trayectoria que involucra historia, enfermedades, padecimientos con procedimientos y tratamientos. El jefe del Servicio de Patología afirma que los residentes deben conocer todo tipo de cuerpos, sólo así pueden comprender la gran variedad de posibilidades anatómicas, las diferencias entre jóvenes y viejos; personas delgadas y obesas; hombres y mujeres. Existen múltiples variantes en las características que los cuerpos presentan relacionadas con una historia particular de padecimientos (así como de probables causas de la muerte) como: la diabetes, la insuficiencia renal, el VIH, el cáncer o las quemaduras, por mencionar sólo algunas.

Para el director del INCIFO de la Ciudad de México el prestigio y la calidad de los servicios de los hospitales están asociados con el número de autopsias que realizan.[367] La autopsia, independientemente de que ayuda para resolver los casos médicos legales —cuestión de suma importancia para el sistema de administración de justicia—, corrobora la pertinencia y la efectividad de los diagnósticos y los procedimientos llevados a cabo con el paciente, así como sus resultados.[368] De este modo, mejora constantemente los procedimientos en la práctica hospitalaria detectando omisiones o fallas en la apreciación de la enfermedad en las condiciones específicas en que se presenta; es decir, aveza al residente y al médico sobre la gama de variables y posibilidades que pueden presentar los pacientes.

[366] Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica, op. cit.*, p. 187.

[367] "Los médicos tienen un gran interés en el porcentaje total de muertes. Un hospital donde mueren pocos pacientes es menos adecuado para el perfeccionamiento, sea cual fuere el porcentaje de autopsias [...]. Con cada muerte, se dice, aumenta la experiencia". David Sudnow, *La organización social..., op. cit.*, p. 95.

[368] "El cadáver abierto y exteriorizado, es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo". Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica, op. cit.*, p. 195.

El Comité de Mortalidad como analizador institucional

La señora De Waal ha muerto. Durante los últimos días de su vida, esta hija de una vieja familia patricia perdió su digno porte a causa de mi medicación y quedó como un montón arrugado en las almohadas. Pero tras su fallecimiento, y por la manera tan experta y cariñosa en que Mieke la amortó, esta mujer ha recobrado en la muerte su antigua y distinguida dignidad.

Danzando con la muerte
Bert Keizer

El primer martes de cada mes se reúne el Comité de Mortalidad, con la finalidad de hacer un recuento estadístico del número de pacientes fallecidos en el hospital, así como las causas de su muerte. La sesión se lleva a cabo en una sala contigua a la Dirección General, en cuyo interior se halla una mesa en forma de óvalo, de madera color cedro, con una capa de barniz brillante. El óvalo representa la igualdad entre los médicos asistentes. Sobre uno de los muros se aprecian colgados los retratos en blanco y negro de todos los directores que ha tenido el hospital (incluido el doctor Rubén Leñero, que otorga el nombre al mismo). Durante más de dos años acudimos a dichas sesiones, bajo el desconocimiento parcial del material que ahí discutían y del lenguaje técnico que los médicos utilizaban, principalmente al abordar aquellos casos de muertes que se consideraban inusitadas. El Comité se conforma con base en la normativa sanitaria de la Ciudad de México, es presidido por el jefe del Servicio de Patología y a él acuden todos los jefes de servicio del hospital, con excepción del jefe del Servicio de Bariatría.[369]

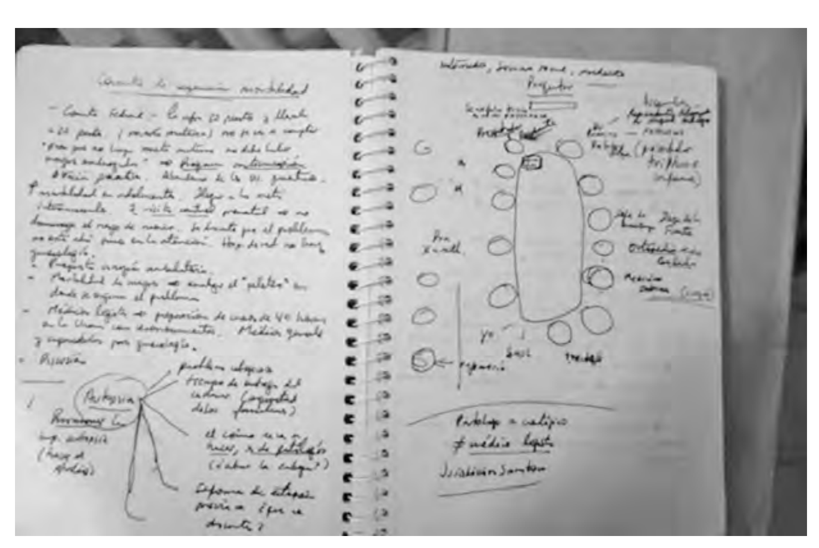
La reunión del Comité inicia con la presentación de las estadísticas de mortalidad del mes y el sumario por trimestre, semestre y año, considerando las siguientes variables: sexo, rangos de edad, muertes por servicio, muertes maternas, casos médico-legales, pacientes que llegaron en "estado cadáver", certificados de defunción cancelados y, por último, causas de muerte. Este último dato es tal vez uno de los temas más discutidos en el Comité y genera interesantes polémicas entre los funcionarios y los jefes de servicio. Regresaremos a ello más adelante.

A manera de ilustración, tenemos que, para el año 2015, las cifras fueron las siguientes: se registraron 571 defunciones, de las cuales 361 fueron hombres y

[369] "Este servicio se considera de reciente creación (tiene diez años de funcionamiento) y fue introducido en el hospital como parte de uno de los programas del gobierno local, destinado al tratamiento de pacientes con obesidad. Bariatría cuenta con su propio equipo de trabajo (cirujanos, psicólogos, internistas, etc.), no obstante, recurre al apoyo del personal de Enfermería y a las interconsultas, cuando se considera necesario". Notas del Diario de Campo.

210 mujeres; 109 de estos fallecimientos derivaron en casos médico-legales y 36 personas llegaron al hospital en “estado cadáver”. El promedio mensual de fallecimientos es de 45 personas, de las cuales la tercera parte tuvo como causa de muerte *sepsis*. El servicio que concentró el mayor número de muertes fue el de Urgencias, con 231. De cada 100 ingresos hay seis muertes, lo que implica una tasa de mortalidad de 6%. Durante el año se consignaron 90 muertes maternas (46.6% de las mujeres).

FOTOGRAFÍA 123



Notas del Diario de Campo.
Diagrama de la distribución Comité de Mortalidad.

Aunque los números puedan sorprender al lector a primera vista, las tasas de mortalidad se mantienen dentro de los promedios generales del sistema de salud. Se podría ampliar la exposición de los datos para observar las tasas de crecimiento, las distintas tendencias o los cambios en la estructura porcentual, pero ésa no es la finalidad de nuestra investigación.[370] No obstante, y a pesar de las limitaciones de los datos presentados, éstos siempre sugieren interrogantes y áreas de interés para futuras investigaciones de diversos especialistas (dentro y fuera de la institución), por ejemplo, el hecho de que casi la mitad de las muertes de mujeres en

[370] “Por ejemplo, en todos los hospitales de salud se toman en cuenta los días festivos (15 de septiembre, Navidad, Año Nuevo, Semana Santa), en los que aumentan los hechos de sangre que en ocasiones se relacionan con el alcohol, la imprudencia, la violencia social o los accidentes de tránsito”. Notas del Diario de Campo.

ese año se debió a la condición de maternidad, o que la tercera parte del total de las muertes fue provocada por infecciones.

Mes con mes percibimos confrontaciones entre los otros jefes de servicio del hospital y el jefe del Servicio de Patología. Este último es el médico a cargo de la presentación de las estadísticas y señala los errores comunes en el llenado de los certificados de defunción y en las solicitudes para realizar estudios de patología; también advierte acerca de la pérdida de expedientes y de las posibles negligencias en los casos que presenta. Las discusiones versan sobre: *a*) la viabilidad de las estadísticas; *b*) la falta de información para el análisis integral de los casos que se exponen; *c*) la falta de coordinación y responsabilidad entre los servicios; *d*) los diversos criterios para el llenado de los certificados de defunción; *e*) la responsabilidad en la cancelación de los certificados de defunción. También se adoptan las medidas de políticas públicas sobre salud que los diferentes niveles de gobierno (local o federal) recomiendan.

FOTOGRAFÍA 124



Comité de Mortalidad.

Toda institución hospitalaria cuenta con un registro del paciente desde que ingresa hasta que es externado o fallece. En este registro se constatan las salas de atención, los eventos y los procedimientos aplicados durante su estancia hospitalaria, así como la historia clínica del paciente. Todo el personal médico y técnico del hospital está autorizado para consultar, completar o corregir el expediente clínico. A pesar de su valor como documento médico-legal, el principal problema que presentan los expedientes es el descuido en el vaciado de los datos. En ellos suelen apreciarse espacios vacíos en rubros relativos al historial médico o a

la evolución del enfermo. Al carecer de descripciones exhaustivas, es muy difícil determinar una trayectoria patológica en caso de defunción.

Generalmente, este problema se relaciona con el hecho de que los datos de los pacientes son registrados por los médicos con menor experiencia, es decir, por los residentes de reciente ingreso (R-1), en quienes recaen todas las responsabilidades burocráticas. Como mostramos previamente, transferir las tareas que se consideran indignas a médicos con menor jerarquía aprovechando la estructura hospitalaria y la cadena de mando es una práctica sumamente arraigada, que se extiende desde los residentes de nivel medio hasta los médicos que firman como responsables de los pacientes.[371] Por otra parte, cambiar la práctica parece imposible, porque tiene como base los rituales de preparación y reconocimiento institucional de los R-1, basados en la asignación de una pesada carga de trabajo que, no sobra decir, puede influir claramente en el descuido y la falta de dedicación a los expedientes.

Algo similar ocurre con los certificados de defunción, que contienen errores que llevan a constantes cancelaciones de este documento de carácter oficial.[372] Muchos errores son básicos, como el hecho de confundir los espacios destinados a cada uno de los datos (nombre, domicilio, fecha de nacimiento, etc.). Otros errores pueden estar relacionados con la circulación del archivo por los diferentes servicios del hospital, lo que puede propiciar el serio problema del extravío. La cuestión no es sólo que la pérdida de un expediente o certificado entorpezca el funcionamiento institucional (lo que también es cierto y puede tener obvias consecuencias), sino que además el documento podría llegar a ser sustraído o modificado, puesto que en la hospitalización y en la muerte intervienen todo tipo de intereses, como los de las aseguradoras o los de los familiares; conviene recordar que hay expedientes que derivan en resoluciones judiciales, por eso no es casual que se comente que algunos médicos han llegado a ser el blanco de amenazas, para obligarlos a no denunciar casos de violencia familiar o de cualquier otro tipo.[373]

[371] "El hecho de avalar con una firma un documento legal sin leerlo o desconociendo su contenido podría parecer un sinsentido en otro contexto social. En la actualidad, los hospitales tratan de sensibilizar a los médicos que fungen como responsables acerca de las posibles (y deplorables) consecuencias en caso de que el paciente realice una demanda; pese a lo cual, la dinámica institucional sigue siendo muy poderosa". Notas del Diario de Campo.

[372] "En 2015 se cancelaron 116 certificados de defunción, que representaron 6% del total de emitidos, mientras que en 2014 esta tasa de cancelación fue de 10 por ciento". Notas del Diario de Campo.

[373] "Los eslabones que ligan a agentes e instituciones diversas cuando alguien muere (hospital, Ministerio Público, funerarias, Instituto de Ciencias Forenses) puede ser más o menos extenso

Hay otros errores que son todavía más serios y que constituyen verdaderas controversias dentro del Comité de Mortalidad, porque refieren al desconocimiento sobre las causas de la muerte de los pacientes. Se trata de conflictos de naturaleza epistémica acerca de los orígenes del mal orgánico que desemboca en el fallecimiento de una persona; qué elementos se consideran fundamentales o directos y cuáles no, y cuál debería ser el orden de su registro. Un ejemplo trivial, pero que sucede con frecuencia, es señalar como causa de la muerte un *paro cardiorespiratorio*; el hecho es que toda muerte implica que el corazón deja de funcionar, por lo que la verdadera causa de muerte queda invisibilizada.[374]

Fotografía 125

Comité de Mortalidad.

Lo mismo puede ocurrir cuando la muerte está relacionada con la diabetes. Esta enfermedad metabólica puede derivar en varios escenarios clínicos (falla renal, coma, daño cardiaco) e incluso, con la ayuda de un buen tratamiento, no necesariamente conduce a la muerte. Por tanto, los fallecimientos deben ser atribuidos a un débil estado físico (como la anemia o las bajas defensas), pero la discusión también versa acerca del tipo de tratamiento. La siguiente nota del Diario de Campo refiere a la dinámica burocrática del hospital:

y, por ende, los tiempos varían para la entrega del cuerpo, lo que puede prestarse para hacer negocio". Notas del Diario de Campo.

[374] "Cuando del cerebro se trata, existe un protocolo para determinar que hay muerte (realización de encefalogramas, análisis de sangre)". Notas del Diario de Campo.

> Un hombre diabético de 45 años de edad ingresa al hospital porque se lesionó el dedo pulgar como consecuencia de un golpe de martillo mientras trabajaba. Su salud general se fue complicando, en unos cuantos días sufrió dos paros respiratorios. Los análisis y estudios clínicos se retrasan, las curaciones no se llevan a cabo en los tiempos indicados y finalmente muere como resultado de una infección generalizada. Otro paciente masculino que ingresa por herida de bala en Urgencias y es posteriormente atendido por el Servicio de Cirugía General, muere por una infección que afectó su tejido cerebral, consecuencia de un absceso molar mal atendido. Ambos servicios refieren que no se percataron de dicho absceso debido a que no les correspondía realizar revisiones dentales.[375]

Dentro de las muertes que se atribuyen a las carencias que presenta el hospital destacan los enfermos por insuficiencia renal crónica que son dializados vía catéter. Este tratamiento con una sonda que se conecta en la zona renal implica un alto riesgo de infección (éste se reduciría sobremanera si el hospital contara con un equipo moderno para la diálisis vía sanguínea), lo que se combina con la alta demanda del servicio y con los procedimientos (y políticas) actuales, que apuestan por involucrar a la familia en los cuidados y por convertir al hogar en el principal espacio de cuidados del enfermo. No por casualidad la sonda es conocida en el medio hospitalario como *la cuerda del cochino*, delgado cordón que ata al cuerpo con las posibles infecciones, al enfermo con la vida y a la familia con un paciente que se puede tornar una pesada carga.

La sepsis y el choque séptico (infección que provoca la falla de órganos) son la tercera causa de muerte dentro del hospital. Cada servicio la nombra diferente (choque séptico de origen abdominal, neumonía por choque séptico EVC isquémico, choque séptico por peritonitis y neumonía postoperatoria, choque séptico colangitis HAS, acidosis metabólica por sepsis abdominal, choque-séptico-infeccioso). Las infecciones representan un alto porcentaje de las causas de muerte, porque el riesgo de contaminación en el medio hospitalario es muy alto, a pesar de las medidas de separación y protocolos de sanidad adoptados. También influye la resistencia de los cuerpos a los antibióticos y los riesgos inherentes a las intervenciones quirúrgicas (todas consideradas como prácticas invasivas para el paciente), la falta de cuidados preventivos y la exposición prolongada a la luz y al calor de las lámparas del quirófano.

También existe la neumonía asociada a los cuidados de salud, e incluso algunos médicos hablan de *infecciones nosocomiales*, pero se tiene mucho cuidado de utilizar esta terminología para evitar que el hospital enfrente problemas médico-legales. Cuando una muerte es catalogada como *choque séptico*, deben conside-

[375] Notas del Diario de Campo.

rarse todos los elementos que soporten el diagnóstico, ya que los estudios siempre pueden prestarse a diferentes interpretaciones. El hecho es que al utilizar de manera recurrente el diagnóstico de choque séptico (al igual que diabetes o paro cardio-respiratorio), se fomenta una dinámica institucional que se sustenta en el *malentendido*.

El malentendido —junto con el secreto— forma parte de las actividades que están a la vista de todos, pero que no se nombran como elementos sustantivos o de naturaleza estructural, lo que modifica la dinámica hospitalaria. Un razonamiento parecido puede utilizarse con el tema del tiempo y su registro. Si bien se trata de un tema fundamental para determinar tanto la evolución del paciente como la calidad de los servicios brindados por el hospital, no existen acuerdos claros acerca de cómo debe medirse el tiempo y cómo debe asentarse en los documentos oficiales: ¿debería asentarse sólo la totalidad del tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta su salida (o defunción), dividido en los servicios en los que fue atendido en su trayecto? ¿Deberían tomarse en cuenta los diferentes procedimientos como el registro del paciente, el tiempo que tardan en llegar los médicos, la duración de los estudios clínicos? ¿Qué hay de los procedimientos institucionales, como los cambios de turno, los traslados o la programación de las intervenciones?

A ese respecto, habría que agregar que tampoco existe un consenso profesional, técnico u oficial acerca de la temporalidad y las causas del fallecimiento. Para algunos médicos las causas de la muerte se gestan desde mucho antes de que el cuerpo deje de vivir, mientras que, para otros, el problema se reduce al evento que desencadena la defunción. Existen también las dificultades propias del momento de declarar la muerte: ¿debe hacerse cuando se detiene el corazón o cuando el cerebro deja de emitir señales? La cuestión se relaciona con otras disyuntivas, como la de la reanimación y la recuperabilidad mediante la intervención médica activa.[376] Los alegatos no son hechos triviales si consideramos que el certificado de defunción es una fuente para la elaboración de las estadísticas de salud de los gobiernos, que influyen en las futuras políticas públicas.

El problema sobre las causas de la muerte no se ubica únicamente en un nivel burocrático como el esmero o la exactitud en el vaciado de la información en los certificados; esa discusión en realidad abre un panorama muy complejo sobre el cuerpo humano. El paciente tiene una historia social y corporal, biológica, de

[376] "Esta disyuntiva acerca de en qué momento se declara la muerte del paciente atraviesa por dilemas éticos relacionados con el tema de donación de órganos. Aun en la muerte cerebral los órganos tienen un tiempo de caducidad, por lo que corresponde al médico determinar la irreversibilidad del trance mortal". Notas del Diario de Campo.

padecimientos e insuficiencias; su paso por un hospital con diferentes servicios lo expone a una diversidad de procedimientos, temporalidades y protocolos de actuación que están mediados por las carencias, la demanda de usuarios o la dilución de las responsabilidades individuales. Si un paciente ingresa al hospital por una lesión con un arma de fuego y es operado exitosamente por los cirujanos, pero posteriormente se complica su salud, las razones pueden ser múltiples. Por ejemplo, si es diabético crónico y tiene un bajo nivel proteínico (lo que le provoca falla en otro órgano del cuerpo); si desarrolló una infección de origen desconocido, también puede deberse al tiempo expuesto de hospitalización; o incluso a la falta de ciertos medicamentos.

FOTOGRAFÍA 126



Doctor Rubén Leñero.

La discusión se centra en si murió como consecuencia del hecho, del disparo recibido y las lesiones que produjo en uno o varios órganos; si su deceso se debió a la enfermedad crónica que ya padecía, o si el hospital con sus carencias y dinámicas tuvo un papel todavía más activo en la ocurrencia de la muerte. Mencionamos ya antes el caso de una mujer adicta a los solventes, que ingresó al hospital por una sobredosis y falleció como consecuencia de las complicaciones del tratamiento debido a que su cuerpo no respondió como se esperaba. Al respecto, comenta una doctora integrante del Comité de Mortalidad:

> La acidez de los usuarios de solventes cambia. El solvente daña muy rápido. La fallecida tenía 20 internamientos previos y el hospital no hizo nada, como, por ejemplo, enviarla al Servicio de Psicología. El patólogo debe intervenir, si la causa de muerte es un infarto en el tallo cerebral, hay que preguntarse qué tratamiento le dieron, ¿los sueros fueron los adecuados? Parece que no. Si la cantidad de líquidos en el cuerpo sube o baja muy rápido puede causar un infarto; puede existir acidosis severa y desequilibrio electrolítico. Pudo pasar, que no se le dio el tratamiento adecuado. En el Servicio de Urgencias creían que era un caso de meningitis, pero nadie le hizo una punción lumbar. Tenía fiebre y no se le hicieron los estudios pertinentes. Podría ser que, aparte del efecto de los solventes, tuviera una infección en el sistema nervioso. El hecho es que ya no la reciben en Terapia Intensiva porque no era recuperable pues su sistema nervioso estaba dañado; deciden entonces llevarla a Medicina Interna que combina otros tratamientos, pero la realidad es que llega ahí para morir. El caso no se estudió detenidamente. Aquí, una autopsia hubiera permitido saber con exactitud las causas de la muerte.[377]

La mortalidad está entrelazada con una serie de factores que se combinan y que provienen de muchas fuentes (historia y reacción personal, institución hospitalaria, gravedad de la enfermedad o lesión), las cuales amplían la zona de incertidumbre. Otro ejemplo son las muertes maternas. El denominado *Código mater* pretende reducir dicha mortalidad; explica la jefa de Planeación y Evaluación —encargada de las estadísticas del hospital— que la probabilidad de morir de una mujer en labor de parto se incrementa en más de seis veces cuando no se le brinda atención en los dos primeros hospitales en los que se presenta (la atención puede negarse porque no se cuenta con el Servicio de Ginecobstetricia o porque en ese momento no hay cirujanos disponibles). De ahí que critique una política pública que trata de prevenir la mortalidad materna con una serie de consultas previas a domicilio. La especialista afirma que las consultas no previenen la principal causa de muerte y añade:

> La mortalidad materna es un índice del desarrollo de un país; indica las condiciones de atención e infraestructura del sistema de salud hacia el cuidado de la familia. Se debe tener cuidado con el registro de los datos, porque, por ejemplo, si una joven embarazada que viene en un camión se vacía una cacerola de atole hirviendo y logran sacar a su bebé, pero ella muere en Terapia Intensiva, su muerte no se debe a la condición de embarazo. Es cierto que estaba embarazada, pero ésta no es la causa de muerte. Algunos estudios señalan que la incidencia de mortalidad está en la atención oportuna del parto, pero la mayoría de las mujeres mueren por infección, fiebre puerperal, hemorragia o preeclampsia.[378]

[377] Fragmento de una entrevista a la jefa de Planeación y Evaluación.
[378] *Idem*.

El *Código mater* no considera la disponibilidad de medicamentos para prevenir y atemperar situaciones como las hemorragias y la preeclampsia (presión alta súbita). Algunas veces los cirujanos y el personal de enfermería solventan esta situación de carencia de manera extrainstitucional a través de la red de favores entre servicios y hospitales que comentamos previamente.

Ante la falta de un mecanismo efectivo que especifique responsabilidades en cuanto al paciente y los procedimientos, los servicios continúan con su funcionamiento a modo de pequeños feudos relativamente aislados. Cada servicio tiene su área de acción, una jurisdicción de procedimientos y zonas corporales propias, que excluye todo lo que corresponde a otros servicios hospitalarios. Así, el fraccionamiento del cuerpo para su mejor conocimiento y eficaz intervención (el deber ser) puede derivar, en el medio hospitalario (en la realidad empírica), en un fraccionamiento de las responsabilidades que, en última instancia, impide la retroalimentación crítica.

El mismo tema de la muerte conlleva una contradicción parecida. Mientras que para la medicina como ciencia la muerte es parte fundamental de la producción de conocimiento y de su éxito como disciplina, dentro del medio hospitalario se sigue experimentando como un fracaso. Casi ningún servicio quiere elevar este índice negativo que lo deshonra institucionalmente. El Comité de Mortalidad se convierte en un espacio de lucha por el prestigio en el que los servicios buscan mantener una imagen impoluta que les permita mantenerse arriba en la jerarquía del hospital.

Ante los casos expuestos en el Comité, los señalamientos y deslindes aparecen como estrategias de defensa, mientras que la falta de análisis sobre los casos presentados contribuye a la incertidumbre respecto al alcance de la responsabilidad médica o institucional sobre el paciente durante el tiempo que está internado. Aunque constantemente se menciona que *el paciente tiene dueño*, es decir, que existe un responsable formal del mismo, los servicios buscan deshacerse de enfermos en riesgo de complicaciones o de muerte.[379] La práctica de *aventar la papa caliente* o *cargarse el muerto* es generalizada entre los servicios, que aprovechan los intersticios burocráticos para trasladar a un paciente en estado grave de un servicio a otro con el pretexto de estabilizarlo —mucho más si se sabe que su condición está comprometida—. El servicio receptor puede rechazar o demorar el traslado buscando evitar que el paciente muera en su sala. Como vimos con anterioridad, se dan incluso *madruguetes*, cuando se trasladan pacientes durante los cambios de guardia o cuando el responsable del servicio receptor está ausente.

[379] "El jefe de servicio tramita el traslado de un paciente con un evento cardiovascular vía helicóptero a otro hospital que cuenta con la especialidad. Comenta que *ya lo manda bien empaca-*

La muerte de los pacientes implica papeleo y procedimientos, como el amortajamiento, que representan una carga más de trabajo para los residentes y enfermeras; *cargarse al muerto* se convierte en algo más que una analogía cuando el paciente ha fallecido y se quiere evitar la responsabilidad sobre aquél. Un ejemplo claro es el relato ya referido acerca de una ambulancia que accede al hospital por el Servicio de Urgencias con un paciente que ya está muerto. Los paramédicos simulan los movimientos de reanimación y alegan que la persona no murió en el trayecto (y por tanto en el vehículo), sino dentro del hospital. Lo que buscan es que el personal de este último se encargue del trámite correspondiente ante el Ministerio Público.

El Comité de Mortalidad es claramente un analizador que devela el poder institucional y las disputas internas más allá de los protocolos y reglamentos. Las discusiones parecen centrarse en los temas formales, como el funcionamiento de los servicios, el llenado de los expedientes, los tiempos de atención, las medidas de prevención y de tratamiento, para establecer *el porqué* de alguna muerte inesperada, pero en esos intercambios los agentes involucrados se deslizan hacia disputas relacionadas con la dimensión instituyente de la práctica médica, cuyo eje es la posibilidad (o imposibilidad) de hacerse responsables por las deficiencias en el funcionamiento del hospital y por las muertes de los pacientes. Es el drama cotidiano de salvar vidas en un entorno en el que todo parece estar en contra.

Los jefes de otros servicios exigen que el jefe de Patología presente los casos clínicos con base en un informe forense, cuestión imposible, dado que el hospital no practica autopsias. El jefe de Patología se justifica afirmando que, si su exposición es deficiente, es porque trabaja con la información de los expedientes enviados por los otros servicios. La presentación de los casos problemáticos bajo el modelo del "caso cerrado" en el Comité de Mortalidad, en efecto, presenta problemas. Como está estipulado, el servicio responsable del cadáver debería preparar una sesión académica general acerca de los pormenores de la muerte; mientras que el patólogo debería presentar un diagnóstico concluyente que se sustente en una autopsia: ninguno de los dos se practica.

De ahí que las discusiones no deriven en conclusiones de interés médico, sino que se centren en los problemas de tiempo y pertinencia de la atención diagnóstica, en los tratamientos que fueron proporcionados por los servicios. Todo

---

dito (el paciente se encuentra inmovilizado por una estructura amarilla, conectado a un tipo de respirador, no está consciente, sin duda es un caso grave). No oculta su alivio y satisfacción por deshacerse del paciente. Momentos después, su sonrisa se transforma en frustración y enojo cuando se le notifica que el traslado no fue autorizado, reingresando el paciente a su servicio". Notas del Diario de Campo.

intercambio termina enmarañándose en una red de problemas burocráticos y administrativos. Por supuesto, cuando se pone en tela de juicio la atención brindada por el personal médico o el desempeño de alguno de los servicios es todavía más difícil producir un consenso hacia dentro del Comité de Mortalidad, tanto en lo que toca a la causa real de la muerte como en lo que toca al procedimiento correcto dentro de la intrincada dinámica hospitalaria.[380] Dado el prestigio en juego y las disputas por la responsabilidad de la muerte, el Comité no es ajeno a los reclamos airados entre los jefes de servicio, quienes se acusan mutuamente por omisiones en la atención a los pacientes. En una ocasión el director del hospital tuvo que intervenir directamente, ya que los gritos proferidos en la reunión se escuchaban hasta su oficina.

Cuando en el Comité se expone un caso en el que los diagnósticos, el tratamiento y los protocolos fueron aplicados correctamente, se aduce que la causa del deceso fue la falta de respuesta del paciente a la medicación, a algún antecedente de enfermedad crónica o a algún daño irreversible, por ejemplo, cuando ingresa una persona politraumatizada. Este rubro es difícil de abordar; no se puede perder de vista que la acción del personal hospitalario tiene límites estructurales —que no son elaborados ni estrictamente controlados por él—, y más allá de los mismos se extiende una zona azarosa que escapa al control del médico. Algo parecido debería plantearse en el caso de los pacientes cuando por carencias económicas no pueden comprar los medicamentos que requieren, o cuando por omisión no cumplen con los cuidados posteriores a una operación. Ejemplo de ello fue un paciente de Bariatría al que se le había practicado una intervención quirúrgica para reducirle el estómago; a pesar de las advertencias médicas sobre el cuidado postoperatorio (sobre todo en la alimentación), el hombre decidió beber Coca-Cola. El gas de la bebida provocó que el engrapado estomacal se deshiciera, lo cual lo puso en riesgo.[381]

Las prácticas especializadas de los servicios también enfrentan carencias sistemáticas de recursos; éstos son siempre insuficientes para atender la alta demanda de servicios de salud de una población que se encuentra en constante crecimiento. Un jefe de servicio comenta que la enfermedad pesa y suele imponerse pese

[380] Cabe señalar que la diferencia entre una autopsia clínica y una necropsia forense estriba en que esta última es ordenada por el Ministerio Público en todos aquellos casos de violencia que considera médico-legales, mientras que la autopsia clínica, con finalidad diagnóstica, requiere únicamente del permiso de la familia para su realización. La suspensión de las autopsias se debe a varias razones, a saber: *a*) negativa de la familia; *b*) creencias religiosas; *c*) avance en la tecnología diagnóstica. Ante ello, el Servicio de Patología trabaja únicamente con los expedientes y los certificados de defunción que generan los servicios.

[381] Notas del Diario de Campo.

a los esfuerzos de los médicos. Más que la aceptación de una derrota aplastante, el comentario es un diagnóstico descarnado de las dimensiones sociales de la mortalidad en este tipo de hospitales.

FOTOGRAFÍA 127



Entre lo instituido y lo instituyente: diálogo y discusión en el Comité de Mortalidad.

El Comité contrasta la visión médica de la muerte con los requerimientos institucionales de cuantificar y estandarizar burocráticamente el fenómeno; los agentes exponen su visión desde el campo médico y algunos se muestran reacios cuando se les exponen índices y tasas construidas desde el lejano punto de vista de los funcionarios estatales; pareciera que se sienten invadidos en su terreno de especialistas. Lo cierto es que la práctica de la medicina especializada y la cirugía en la institución hospitalaria difícilmente podrían realizarse fuera del marco de los registros burocráticos, que administran los cuerpos desde su ingreso hasta su externamiento. Pese a esto insistimos en que en la vida cotidiana de la institución esos registros (expedientes, certificados, solicitudes) no son considerados con la debida importancia.

Conviene recordar que en alguna discusión sobre la falta de cuidado en los registros un jefe de servicio aclaró: "Somos médicos y nos dedicamos a salvar vidas, no somos secretarios". Esta aseveración contiene un grado de verdad, pero sienta las bases para los casos extremos. En una ocasión, uno de los patólogos mostró una solicitud realizada sin ningún cuidado; se trataba de un pedazo de papel blanco que acompañaba a una pieza (un útero) y decía a la letra: "Para ber que tiene" [*sic*].[382] Una solicitud sin descripción de la pieza, sin un diagnóstico

[382] *Idem*.

posible, sin referencia al padecimiento de la paciente, al tipo de cirugía que le fue practicada o a las consecuencias quirúrgicas previstas. Antes bien parecía que la pieza había sido enviada con la única finalidad de deshacerse de ella. Es verdad que este tipo de reportes descuidados son menores; no obstante, existen, como cuando se menciona que alguien dio reanimación a un paciente que presentaba *rigidez cadavérica*, o cuando en un expediente se lee que ingresó una persona como *presuntamente cadáver.* Todas son situaciones que generan molestia y a la vez se prestan para la mofa y el sarcasmo dentro del Comité.

Apéndice. Breve nota acerca del incifo

[…] en la muerte el mundo no cambia sino que cesa.

Tractatus Logico-Philosophicus
Ludwig Wittgenstein

La organización social de la muerte es una construcción particular de cada sociedad en la que influyen los valores, las tradiciones, la política e incluso los avances tecnológicos. Es la cuestión fundamental de la administración de los cadáveres que, como ya hemos expuesto previamente, puede tomar diferentes caminos. En lugares como nuestro país los decesos no sólo tienen causas naturales como el deterioro y la enfermedad, muchas veces están relacionados con fenómenos como la violencia familiar o social. Así, una muerte que en otras circunstancias sólo compete a la familia o a la comunidad se transforma en un caso médico-legal, lo cual hace intervenir a diferentes agentes estatales, como los cuerpos policiales, las procuradurías de justicia o los institutos de ciencias forenses de cada estado de la República.

Los institutos y servicios forenses muestran una serie de trayectos en la gestión de cadáveres que se asemejan por momentos —y en otros divergen— de aquellos propios de la muerte hospitalaria. Su análisis nos muestra una suerte de cadena de montaje en la que intervienen peritos que redactan las escenas de la muerte, los técnicos y patólogos que realizan las autopsias, e incluso los empleados de las funerarias que intervienen en la entrega y el traslado de los restos. El cuerpo atraviesa por un último trecho que culminará tanto con su sepultura como con el almacenamiento de un expediente forense, que constituye su último vestigio como miembro de la sociedad. Por ello, consideramos que no está de más un comentario sobre la labor del INCIFO de la Ciudad de México, al ser la institución encargada de administrar los cuerpos que llegan por mandato de los Ministerios Públicos, para determinar las causas de la muerte.

El INCIFO es una construcción moderna; su fachada tiene grandes vitrales de colores que escenifican la vida y la muerte como un proceso natural y al mismo tiempo inevitable, lo que le otorga un cierto aire espiritual que contrasta con sus labores técnicas. La sede anterior del instituto contaba con una fachada de cantera que evocaba motivos muy similares acerca de la vida y la muerte, aunque con claras referencias a la cosmovisión prehispánica que se reforzaban con una reproducción en piedra de la Coatlicue (la diosa dual, de la vida y la muerte, ataviada con su falda de serpientes) la cual se encontraba en el centro de una pequeña explanada.

El Instituto cuenta con un anfiteatro que es un gran espacio dividido en secciones. Dentro del mismo los cuerpos son colocados en anaqueles a la espera de que les sea practicada una necropsia de ley, para posteriormente ser arreglados. Mientras que el anfiteatro se encuentra en el sótano del edificio, las oficinas de los funcionaros se encuentran en los pisos superiores. El lugar también cuenta con una pequeña capilla con imágenes religiosas, pese a que la institución no brinda ningún apoyo emocional de tipo psicológico (mucho menos religioso) para las personas que reclaman los cuerpos de sus familiares.

FOTOGRAFÍA 128



La soledad de un moribundo.

El INCIFO, así como los hospitales de salud pública pueden disponer de aquellos cuerpos no identificados y que son otorgados —previos acuerdos— para la enseñanza médica en las universidades. Los cuerpos son diseccionados, los órganos son pesados, palpados o medidos. Estas actividades se denominan necroquirúrgicas e incluyen desde el reconocimiento de tejidos hasta las prácticas de cirugía estética. El cadáver, comenta una empleada del Instituto, es ideal para

que los estudiantes de medicina empiecen a practicar diversos tipos de suturas. Cuando los cuerpos se deterioran en exceso, la institución evalúa si es pertinente inhumarlos en la fosa común o incinerarlos.

FOTOGRAFÍA 129



El paciente ha sido declarado con muerte cerebral.

El INCIFO, aun cuando funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, tiene, como todas las instituciones, sus propios tiempos y ritmos de trabajo. Lo anterior depende de factores como la disponibilidad de personal para recibir los cadáveres, llevar a cabo las autopsias o realizar el papeleo para la entrega de los cuerpos. Por las noches y los fines de semana suele relajarse el aspecto administrativo; durante las festividades se incrementa la llegada de cuerpos. Las personas que dan vida y movimiento al instituto laboran de forma ininterrumpida bajo la presión que imprime la llegada constante de cuerpos que son procesados clínica y legalmente, a fin de certificar y dar certidumbre frente al hecho, al registrar el estado y las causas en las que cada cadáver es entregado, así como el área de la jurisdicción territorial en la que falleció.

Como ocurre en el momento de nacer, al morir un individuo transita por las instituciones. A la par del fenómeno de la muerte social que desagrega al fallecido del grupo familiar, acontece la muerte burocrática, que desagrega al individuo de la vida legal e institucional. El sociólogo David Sudnow denomina a este fenómeno *el fin de la existencia social*:

> En cuanto al término "muerte", propongo un sentido más estricto de la palabra, es decir, donde la muerte es la base necesaria para realizar ciertos actos, como por

> ejemplo la autopsia, el disponer de los efectos personales del extinto, contratar empresas mortuorias, colocar un cadáver en la morgue, informar a las compañías de seguros, volver a casarse, estar en duelo, anunciar el contenido del testamento, preparar noticias necrológicas, transferir las propiedades a otro nombre, y, en general, encajar en las actividades de organización, ceremonia y económicas que se hallan asociadas con la muerte, aquellos asuntos que marcan el final de la existencia social.[383]

La muerte física es el principio de rituales y tiempos que entrelazan la muerte burocrática y la muerte social. En nuestro país, cuando una persona muere, se da parte al Ministerio Público, el cual, mediante peritos (entre los cuales se hallan médicos legistas), realiza el *levantamiento del cuerpo* y elabora un acta ministerial que reconstruye la escena y la circunstancia en la que el cuerpo fue encontrado. También proyecta una primera hipótesis sobre la causa de la muerte; de hallarse evidencia de algún delito, el cuerpo será trasladado a las instalaciones del Ministerio Público para que se elabore un acta que ordena una autopsia médico-legal, la cual brindará elementos para esclarecer las circunstancias del fallecimiento.

FOTOGRAFÍA 130

La última parada: el anfiteatro.

Al llegar al anfiteatro, el primer paso es el reconocimiento de la persona mediante una entrevista con familiares que aporte datos físicos: edad, estatura, peso, señas particulares, los cuales son comparados con la documentación legal y mé-

[383] David Sudnow, *La organización social…*, *op. cit.*, p. 94.

dica, como placas dentales o exámenes sanguíneos, entre otros. Aun en los casos en que se tiene certeza de la identidad del cuerpo, puede suceder que los familiares no lo reconozcan del todo, ya que el cadáver sufre una metamorfosis: los músculos faciales pierden su fuerza y elasticidad, lo mismo que el resto del cuerpo. En casos más graves, como accidentes de tránsito, el cadáver puede estar parcialmente destruido, por lo que el Instituto de Ciencias Forenses puede tomar la determinación de reconstruirlo para beneficio de la familia. Cuando los cuerpos se encuentran en estado de descomposición avanzado, o sometidos al fuego o a alguna otra sustancia, se recurre a pruebas propias de la antropología forense como la dactiloscopia, la fotografía o los exámenes de genéticos.

La muerte tiene una resonancia en el grupo afectivo, lo une o divide, provoca reclamos y reconciliaciones; del mismo modo, el grupo acoge en su presencia al difunto incorporándolo dentro de la historia familiar. Caso contrario constituyen los cuerpos que no son identificados ni reclamados; cuerpos que nadie reconoce y que son registrados, archivados y engavetados hasta que se decida su futuro (que puede ser la enseñanza o la fosa común):

> La fosa común. Cuerpo fuera de los vínculos de sangre, cuerpo sin razón genealógica, desterrado de toda mitología familiar. Cuerpo sin alma, carente de tumba propia, sin techo y hogar junto a otros difuntos que en paz descansan. Cuerpos sin llanto, sin relación alguna con el universo visible de los vivos. Cuerpo destinado tiempo atrás al olvido. Enterrado sin pena ni gloria, resto asimbólico.[384]

Personas en situación de calle, adictas, abandonadas en asilos y hospitales, padres sin hijos, hijos sin padres. La fosa común es un limbo en el que aparentemente se estacionan los cuerpos en espera de ser reclamados y reconocidos por algún familiar; lo cierto es que pocos lo logran; la mayoría pasa a ser únicamente una cifra sin nombre ni historia. Estos cuerpos sin llanto carecen de aprecio, no existen deudos, como en el caso de las personas en situación de calle, que son la muda degradación de un sector que nace, vive y muere en silencio social, como dice Judith Butler: "Si ciertas vidas no se califican como vidas o, desde el principio, no son concebibles como vidas nunca se considerarán vividas ni perdidas en el sentido pleno de las palabras [...] hay 'sujetos' que no son completamente reconocibles como sujetos, y hay 'vidas' que no son del todo, o nunca lo son, reconocidas como vidas".[385]

La reglamentación legal en torno al cadáver, descrita anteriormente para el caso del hospital de urgencias, es la misma que opera en el INCIFO. De no ser reco-

[384] Notas del Diario de Campo.

[385] Judith Butler, *Marcos de guerra. Vidas lloradas*, Buenos Aires, Paidós, 2010, pp. 13 y 17.

nocido y reclamado en un lapso determinado, un cadáver puede ser donado a alguno de los principales centros de enseñanza en medicina. En todos los casos el Ministerio Público es la única autoridad capaz de avalar la condición de un cadáver, si se le ha de practicar o no una necropsia, y si se puede disponer del mismo para labores científicas y de enseñanza.

Las autopsias pueden representar momentos difíciles para la familia. En ocasiones el equipo del INCIFO es objeto de hostilidad por parte de los deudos, que se oponen a que los cuerpos sean abiertos o a que lo sean por medio de determinados procedimientos, como el corte en "Y" del torso (llamado corte Virchow). El personal que debe intervenir en cada procedimiento se determina en función del tipo de autopsia; en la necropsia médico-legal interviene un médico forense, avezado en cuestiones de medicina y derecho, mientras que las autopsias médico-clínicas suelen ser practicadas por un patólogo que realiza estudios microbiológicos.

A su llegada a la autopsia, el cuerpo lleva consigo las actas ministeriales, que establecen una o varias hipótesis como causa y circunstancia de la muerte. El director del INCIFO de la Ciudad de México, doctor Edmundo Takahashi, comenta que los protocolos que sigue el equipo forense para determinar el tipo de pruebas a las que será sometido el cuerpo dependen precisamente de las probables causas y circunstancias de la muerte. De tal modo que, si se atiende el caso de un probable feminicidio, deben realizarse pruebas relacionadas con el delito de violación, que incluyen la toma de muestras genéticas (por medio de restos de semen, saliva u otros fluidos).

Abrir el cuerpo representa un momento de encuentro con la verdad anatómica; en él se hallan las huellas de la violencia o la enfermedad; se comprueban escenarios, y se confirman o descartan hipótesis. El conocimiento del forense o del patólogo permite determinar si un cuerpo falleció por una enfermedad crónica o en realidad fue envenenado; si un cuerpo murió por atropellamiento o fue lanzado ya en estado cadavérico hacia al arroyo vial. La evidencia en el cuerpo debe ser interpretada y reconstruida: sangre coagulada, color y consistencia de órganos, viscosidad de fluidos, contracción o flacidez en los músculos, todos son indicios que determinan el tiempo, la forma y la causa de la muerte y que ayudan a esclarecer la circunstancias en las que ocurrió el fallecimiento.

La carga de trabajo determina los ritmos, aunque ciertos casos difíciles o controversiales requieren mayor atención y diligencia. Los tiempos de las necropsias son variables dependiendo de cada caso. La necropsia de un cuerpo con 25 balazos puede llevar tres horas mientras que la de una persona atropellada toma cerca de una hora y media. La autopsia se divide en fases: se inicia con un examen superficial en el que se buscan laceraciones, heridas o quemaduras. Se recogen in-

dicios externos, como elementos del terreno en el que fue encontrado el cadáver; después, se toman muestras de sangre y orina que serán sometidas a análisis de laboratorio, para determinar posibles alteraciones (como la presencia de alcohol, de drogas o de alguna otra sustancia).

Para abrir el abdomen se realiza una incisión y se procede a retirar el esternón, lo que permite realizar una inspección de los órganos internos que posteriormente son extraídos y examinados en su consistencia, textura y color, incluso el olor es tomado en cuenta. Los órganos son diseccionados buscando evidencias de la enfermedad o de la tragedia. También se toman muestras de fluidos tales como líquido vesicular, contenido gástrico y todo aquel que se considere relevante. Una segunda fase consiste en abrir la bóveda craneal para examinar el cerebro y determinar si existió algún daño. La intervención es realizada por dos médicos y un técnico, que son videograbados para efectos legales y de derechos humanos.[386] Durante una autopsia se puede escuchar una voz que va dictaminando: "[…] tenemos un cuerpo femenino de aproximadamente 22 años, que mide 1.55 metros y pesa 50 kilogramos, según los primeros peritajes se presume una muerte por violencia física, policontundida y heridas de arma punzocortante en la zona abdominal lateral derecha". [387]

La metáfora del cuerpo-máquina reaparece en un nuevo nivel. Como acto final, el cuerpo de la persona fallecida se transformará en un registro, será traducido minuciosamente a un listado de datos duros, a un conjunto de cifras: medidas, pesos, cantidades de fluidos. Así, la violencia de los hechos cotidianos se convierte en una narración puramente técnica: "[…] se aplicó una fuerza asfixiante mecánica sobre el cuello dejando marcas y laceraciones producto de la fricción de un elemento abrasivo como una cuerda gruesa […] la asfixia produce por hipoxia cerebral, falta de oxígeno en el cerebro, la compresión de la carótida impide irrigación sanguínea al cerebro".[388]

[386] "La videograbación de las autopsias se estableció como medio de control debido a una recomendación de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, emitida tras quejas de que el personal forense no guardaba la sobriedad que se cree corresponde a las labores del anfiteatro. El personal trabajaba en un ambiente relajado en el que se bromeaba o se escuchaba música popular. Es difícil no establecer un símil entre ese viejo ambiente de las autopsias y el que analizamos previamente en los quirófanos. En ninguno de los casos tiene un carácter infamante y debería ser interpretado como una forma de lidiar con la presión y la muerte. Tampoco es difícil ser empáticos con los familiares de las personas fallecidas, que al encontrarse en una situación dolorosa y de crisis emocional, pueden sentirse naturalmente agraviados por una atmósfera que raya en lo festivo. Sin duda pesó más el valor social del respeto por el cadáver y por los deudos". Notas del Diario de Campo.

[387] *Idem.*

[388] *Idem.*

En los expedientes forenses se reconstruye técnicamente el escenario de la muerte y se compara con el cuerpo-objeto, para confirmar las hipótesis de cómo murió. Como resultado de la autopsia y las pruebas, el equipo forense emite un dictamen en el que establece la forma y la causa concluyentes de la muerte. Éste se incorpora al expediente como el último registro de la persona, es el preámbulo de su muerte institucional.

A manera de conclusión: sobre la sociología etnográfica

[...] la teoría científica tal como yo la concibo emerge como un programa de percepción y acción —un habitus científico, si se quiere— que sólo devela en el trabajo empírico que la actualiza. Es una construcción temporal que toma forma por y para el trabajo empírico. En consecuencia, tiene más por ganar confrontando nuevos objetos que envolviéndose en polémicas teóricas que hacen poco más que alimentar un metadiscurso perpetuo, autoafirmativo y con demasiada frecuencia vacuo alrededor de conceptos a los que trata como tótems intelectuales. Tratar la teoría como un modus operandi que guía y estructura la práctica científica implica obviamente que uno depone la relación de complacencia algo fetichista que los "teóricos" usualmente establecen con ella.

Una invitación a la sociología reflexiva
Pierre Bourdieu y Loïc Wacquant

Una de las principales dificultades que enfrenta el sociólogo en el trabajo empírico es la de comprender el sentido de las prácticas de los agentes, los grupos o las comunidades que pueden ser tanto ajenos como próximos. En ambos casos, el investigador debe cuidarse de no interpretar desde sus propios esquemas cognitivos emitiendo juicios apresurados de comportamientos de los cuales poco sabe o de los que cree saberlo todo. En el caso de la etnografía, estos juicios deben ser sustituidos por razonamientos propios del trabajo sistemático con el material producido sobre el terreno: las descripciones que se asientan en los diarios de campo y las diferentes formas de diálogo con los informantes (desde las pláticas informales hasta las entrevistas en profundidad) que se convierten en transcrip-

ciones.[389] Del mismo modo, son útiles los constantes ejercicios de reflexividad, que permiten hacer inteligible el punto de vista desde el cual se construye el objeto de investigación, así como las diferentes constricciones a las que responde el investigador.

FOTOGRAFÍAS 131



Videograbación en el quirófano.



Objetivar al sujeto objetivante: el oficio sociológico.

[389] En nuestro caso particular, también nos apoyamos en otras formas de registro, como la fotografía o el video.

En cada sociedad los agentes ocupan distintas posiciones en el espacio social dependiendo de las diferentes formas de capital (cultural, económico, social, simbólico) de las que son portadores; la estructura social impone sistemas clasificatorios y de diferenciación que el investigador puede constatar incluso en segmentos sociales que para el sentido común se presentan como homogéneos, en este caso los médicos (o incluso los especialistas y subespecialistas). En espacios institucionales como los hospitales (y en los diferentes intercambios que se llevan a cabo hacia adentro de los mismos) los médicos (y otros miembros del personal) ponen en juego sus capitales, incidiendo en la toma de decisiones y en el orden de la interacción entre los diferentes agentes, de conformidad con el peso relativo tanto de su posición como de sus recursos (formas de conocimiento, redes de pares, prestigio). Aunque en la mayoría de los casos reproduzcan una estructura institucional que aparece como dada, en muchos otros terminan flexibilizándola.

De este modo, una institución como el Hospital General Doctor Rubén Leñero está condicionada por el contexto social y por marcos institucionales que la rebasan; razonamiento que se extiende a la dinámica de comunicación ritual de la institución, al tipo de lenguaje que en ella se utiliza o a las relaciones que los agentes establecen entre ellos, con las cosas o con el medio. Durante nuestra labor sobre el terreno lo constatamos en la sólida división técnica de las especialidades, organizada bajo el sistema de salas, que presenta actividades diversas y diferenciadas de acuerdo con el turno, los días del año, el servicio o la unidad de atención de que se trate.

FOTOGRAFÍA 132



División del trabajo: el registro de los tiempos y movimientos del personal médico y de enfermería.

En el hospital hay escenarios plenos de reglamentaciones, de protocolos o de programas, como los consultorios, las salas o los quirófanos, que convergen con otros espacios como los corredores o los dormitorios, los cuales son constantemente acondicionados por distintos actores según sus intereses o necesidades. Lo anterior no quiere decir que haya espacios institucionales en los que únicamente primen la colaboración y el cumplimiento racional de la acción respecto a fines; en los quirófanos —espacio estereotípicamente solemne— también se observan el conflicto, la inequidad, el agotamiento, la irritabilidad junto con instantes de diversión o coqueteo. Como ya señalábamos, los marcos donde se despliega la interacción pueden ser flexibilizados por los agentes sin que por ello necesariamente fracturen el orden institucional. Por esta razón es tan difícil comprender el sentido de cada participación dentro del hospital aisladamente, fuera de contexto o desde la comodidad de la investigación de escritorio.

Desde un punto de vista estrictamente estructural/funcionalista, la organización del hospital sustentada en la división técnica del trabajo que opera y hace posible cada uno de los agentes otorga un plano de análisis para comprender las prácticas institucionalizadas. Los protocolos, el intercambio ritual, la normatividad y la organización de las actividades garantizan la reproducción de la dinámica hospitalaria. Cuando los agentes cumplen con los papeles y las funciones que les han sido asignados, reproducen la estructura institucional en la que han sido socializados de manera sistemática, hasta incorporarla en sus rutinas como un "mundo natural de vida".

FOTOGRAFÍA 133



Observando la interacción.

No obstante, si se constriñen las prácticas de los médicos a sus roles —en tanto patrones idealizados de comportamiento—, se invisibilizan las tensiones y los conflictos entre los agentes. El investigador crea así una fantasía en la que sus informantes actúan siempre de manera "conformista"; y sobra decir que nada dista más de la realidad empírica. El hospital es algo más que un organigrama traducido en manuales de funciones o en normas que deben cumplirse al pie de la letra. Antes bien, es un espacio en disputa en el que los intereses y las emociones afloran de manera constante.[390] Los diferentes agentes institucionales pueden conocer a cabalidad las reglas del hospital y aun así decidir no seguirlas. Es ingenuo pensar que los individuos siempre cumplen con las normas establecidas; también lo es pensar que el total apego a las normas no tiene consecuencias negativas en las personas, ya sean médicos, personal o pacientes.

FOTOGRAFÍA 134



Entrevista y notas de campo.

[390] Las instituciones cuentan con programas y objetivos claramente definidos que justifican la razón para la que fueron creadas. En efecto, las escuelas, los hospitales o los penales están para educar, sanar o rehabilitar a sus internos, por lo que pocas personas cuestionarían (y de hecho pocas lo hacen) lo evidente de esta realidad. Sin importar que las metas postuladas no siempre se logren a cabalidad (y en casos como el de las prisiones, parezcan enormes fracasos), existe una representación de que con trabajo y voluntad de los participantes pueden llegar a conseguirse. Lo cierto es que, mientras los programas no se cumplan, hay motivos suficientes para continuar pensando que se trata únicamente de un problema organizacional.

La dinámica hospitalaria reproduce una variedad de prácticas médicas que provienen de antaño y que se sustentan en el modelo de interconsulta entre los servicios —que es el correlato material de la especialización y la segmentación del conocimiento médico—, en las residencias, en el sistema de rotaciones bajo un rígido modelo de escalonamiento jerarquizado. La reproducción y el mantenimiento de la organización se garantizan gracias a la *creencia dóxica* de los agentes en este modelo de medicina institucionalizada; no obstante, el modelo instituido se encuentra infiltrado por una serie de actividades *instituyentes*.

El discurso médico dominante en torno a la enseñanza institucionalizada se flexibiliza —e incluso llega a modificarse— a través de los ajustes y adaptaciones informales que los actores llevan a cabo estratégicamente en cada escenario de la vida institucional. Así, por ejemplo, la práctica de realizar guardias prolongadas ha tendido a modificarse en el nivel formal, por ser considerada como un procedimiento inadecuado que merma las condiciones laborales y de salud de los residentes. Pese a ello, se siguen llevando a cabo informalmente, bajo la justificación —por parte de médicos y residentes de mayor jerarquía— de que son el método más efectivo para disciplinar y forjar el carácter de los estudiantes. También vale la pena señalar que, durante las guardias se llevan a cabo actividades que no se apegan a las normas y que deben estudiarse como *analizadores institucionales*, los cuales revelan, entre otras cuestiones, las relaciones de poder dentro del hospital.

Cuando se trabaja con material propio de la realidad empírica, es difícil mostrar un límite tajante entre lo formal y lo informal, o circunscribir las prácticas de los participantes a uno u otro de estos registros. Lo más seguro es que nos encontremos con situaciones ambiguas o en apariencia contradictorias. Un ejemplo de ello es la relación de dominación/explotación que prevalece entre los médicos de mayor jerarquía en el hospital y los residentes, así como la baja respuesta política (en forma de protestas u organización) de estos últimos ante tal hecho. Cuestión que no puede analizarse fuera de la *illusio* médica hospitalaria (del sentido del juego hacia adentro de la institución), que se basa en un más bien rápido cambio de posición estructural: la explotación al residente tiende a reducirse drásticamente una vez que ha concluido el primer año de entrenamiento.

Durante nuestro trabajo de campo constatamos que los residentes que se convertían exitosamente en R-2 pasaban en el transcurso de un año de una relación de sometimiento absoluto a una relación de dominación relativa sobre los médicos que tomaban su lugar como una nueva camada de R-1. Establecen así relaciones simétricas con el resto de los R-2, aunque se encuentren bajo el mando del resto de los residentes superiores a su posición, con los que se establecen relaciones de complementariedad. De este modo, aunque las posiciones tienen la

rigidez de la jerarquía institucional, presentan una cierta flexibilidad en función del tiempo, que propicia el dinamismo de este juego de relaciones simétricas y complementarias.

FOTOGRAFÍAS 135





Del asombro a la producción del dato.

Recuperamos la vida cotidiana del hospital con sus conflictos y variadas formas de acomodo al modelo de residencia médica por medio de las narraciones que capturan episodios o momentos sociológicamente relevantes. La validez de una investigación no se logra únicamente a partir de la acumulación compulsiva de datos sobre una realidad que, al estar en continuo movimiento y cambio, es prácticamente inatrapable. Delimitamos el estudio del hospital a través del tema

de la enseñanza y la formación del *habitus* médico, y lo articulamos con la dinámica de los servicios. La repetición de sucesos, incidentes y episodios que resaltan en el día a día del acontecer institucional forma parte de una estructura que se reproduce por distintos medios como la lealtad, el secreto, el prestigio, las bromas, el control, la sexualidad, la transmisión de las prácticas médicas, las resistencias y las creencias. Son hechos que persisten a través del tiempo y que se acoplan entre sí conformando un todo que explica la dinámica del hospital.

FOTOGRAFÍA 136



Médicos y sociólogos en acción: investigando con el cuerpo.

Cada hecho despliega una pauta que es imposible de analizar sin conexión con alguna otra (como el secreto y la traición o la sumisión y el reconocimiento). Las relaciones entre los diferentes agentes institucionales están mediadas por palabras y objetos, por reglas de cortesía, por normas protocolarias, así como por competencias, roces y conflictos, pero todo ello cobra sentido sólo cuando se le analiza en un contexto particular.[391] Al respecto, el sociólogo Bernard Lahire comenta:

[391] La narrativa sociológica corre cierto peligro si se subordina al contenido de las categorías sin prestar atención a los detalles a los imponderables de la vida real: ¿qué relevancia tiene que los guantes látex se utilicen para cubrir las manivelas de las lámparas de los quirófanos? ¿Qué significa que un R-4 se limpie la nariz con el pijama quirúrgico de un R-1? Los detalles son irrelevantes si se observan aisladamente y fuera de un contexto institucional, pero adquieren sentido conforme construimos la trama institucional.

> Las ciencias del mundo social contextualizan la acción humana y la ponen en relación con acciones pasadas o presentes. Lo que comúnmente se observa de manera aislada —como sustancias que contienen sus propios principios explicativos— se considera en un tejido de relaciones. Contextualizar consiste en tejer lazos entre un *elemento central* (un hecho individual o colectivo, un gesto o una práctica, un objeto o un enunciado, un evento o una trayectoria, una acción o una interacción, etc.) que procura entender y *una serie de elementos de realidad* que lo enmarcan y le dan sentido. Contextualizar, historizar, relacionar: esto es lo que hacen paciente, rigurosa y sistemáticamente, las mejores investigaciones en ciencias sociales.[392]

Decíamos que el libro muestra algunos de estos escenarios —o marcos de interacción— que suceden en el interior del hospital; cada *momento* concatena la dimensión normativa-funcional con aquella otra dimensión de carácter emergente, informal o discrepante. Cada momento integra formas de hablar, gestos ritualizados, detalles aparentemente insulsos que, contextualizados, adquieren relevancia cognitiva, jerárquica o educativa. El análisis y la interpretación de esos *escenarios* nos permiten dar cuenta de las formas de estructuración y de reproducción de la organización hospitalaria en el Rubén Leñero.

FOTOGRAFÍA 137



Registro sonoro.

[392] Bernard Lahire, *En defensa de la sociología. Contra el mito de que los sociólogos son unos charlatanes, justifican a los delincuentes y distorsionan la realidad*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2016, p. 47.

En cada foco de interacción descrito —como en las intervenciones quirúrgicas o las interconsultas— se revela una serie de prácticas estructurantes llevadas a cabo por los agentes. Los secretos y las lealtades, por ejemplo, son parte orgánica del ejercicio de la medicina institucionalizada e impregnan la dinámica de la organización al estar incorporados en los médicos y funcionarios, en los esquemas de percepción que ponen en marcha para tomar decisiones propias de la vida institucional. De entre las diferentes narrativas producidas en el trabajo de campo elegimos las más emblemáticas; algunas de ellas pueden parecer extensas para los parámetros actuales de escritura en ciencias sociales, pero permiten observar lo que sucede en el interior de los quirófanos o las salas de espera; en conjunto, todas ellas dan una idea del *ethos* que prevalece en el hospital, es decir, de su atmósfera emocional.

Las actividades instituyentes son innumerables y aparecen en cada ámbito de la vida institucional, de ahí la necesidad de centrarse en alguno para producir una delimitación. Nosotros decidimos centrarnos en el ámbito de la enseñanza y el aprendizaje, en la transmisión del "oficio" del médico, produciendo deliberadamente un contraste entre los saberes profesionales propios de la academia y los saberes prácticos propios del ambiente hospitalario, con el plus de que esa transmisión ocurre en un hospital de urgencias médicas que opera en el marco de la salud pública. Esto, en el actual contexto de nuestro país (políticas públicas decantadas hacia el neoliberalismo, el recrudecimiento de múltiples formas de violencia social) denota una institución que, por decirlo de la manera más llana, salva vidas en contra de todo.

Pocos métodos exponen a los investigadores a la complejidad de la realidad como la etnografía. Los clásicos que se han decantado por estas herramientas (tanto en el ámbito de la antropología, como en el de la sociología) han mostrado que es imposible deslindar el objeto a investigar (la vida sexual, los intercambios rituales, la magia y la hechicería, la enfermedad mental, la supervivencia en las calles o en el encierro) del resto de las estructuras que dan forma a la vida de nuestros informantes. *Hombres y mujeres de blanco* no es la excepción, habla de la vida de un grupo de médicos que en su apuesta por convertirse en cirujanos han tomado la decisión de residir (y laborar) en el Hospital Rubén Leñero.

A lo largo del texto describimos la dinámica del hospital y analizamos la relación de implicación que los médicos establecen con sus pacientes: nuestra investigación describe cómo los residentes aprenden del cuerpo del enfermo, del paciente doliente, en estado de coma o cadavérico. Paralelamente y pese al marcado aspecto empírico de nuestro trabajo, también tiene una faceta epistemológica, ya que da cuenta de las condiciones en las que se llevó a cabo la investigación, las particularidades y las cualidades de los materiales producidos a lo largo de la

misma, así como los procesos de selección y análisis que sustentan la presentación y el ordenamiento de los hechos, es decir, el proceso de escritura.

FOTOGRAFÍA 138



El ojo sociológico: videograbación.

El lector atento no pasará por alto la forma en la que se ensamblaron los testimonios con las descripciones y éstas con los conceptos e interpretaciones; podrá juzgar la pertinencia de los contenidos y las reflexiones; algunas de ellas, vale la pena señalarlo sin tapujos, inacabadas. No hay que olvidar que las descripciones son en sí mismas construcciones discursivas que provienen tanto del encuentro con los informantes (los testimonios) como de los cuadernos de notas (lo observado o experimentado directamente por el investigador). En esa medida son siempre selecciones de hechos realizadas por alguien. En el caso del investigador ese recorte se realiza con base en temas o problemas nutridos por la teoría sociológica que considera pertinentes.

El examen de los acontecimientos es posible gracias a la elección de conceptos (teorías) que fungen como un andamiaje —con un nivel de abstracción mayor al del material empírico— que permite realizar interpretaciones. Conceptos como el de *habitus* o temas como el de la trayectoria de los cadáveres y la muerte hospitalaria facilitaron el ordenamiento de nuestra materia prima; determinadas prácticas *reiterativas* y protocolos institucionales como las guardias médicas, el pase de visita o la interconsulta dejaron de ser rutinas recuperadas de manera aislada para articularse en un análisis complejo de la institución, que produjo en

buena medida la estructura capitular del libro. Conviene señalar que este proceso sólo puede llevarse a cabo con el trabajo sistemático del material, en una temporalidad diferente a la de la investigación sobre el terreno.

La explicación sociológica se llevó a cabo con base en "descripciones densas". La variedad y la extensión de este tipo de material pueden dar la impresión a algunos lectores de que se trata de un trabajo puramente descriptivo (en el sentido peyorativo del término que se ha extendido en el ámbito de las ciencias sociales en los últimos tiempos), es decir, sin demasiadas preocupaciones o rigor teórico. El lector atento podrá juzgar la validez del uso que hacemos de las diferentes teorías: la pertinencia de las categorías, la solidez de las interpretaciones, la idoneidad de las fuentes. Conviene señalar que las categorías estuvieron presentes desde los primeros planteamientos del trabajo de campo hasta la escritura del libro, aunque nuestra forma de operarlas pueda parecer demasiado sutil. En un mundo en el que se sigue propiciando (y aplaudiendo) que los investigadores (activos y en formación) repitan *ad nauseam* lo que los autores consagrados "verdaderamente" dijeron, nosotros nos decantamos por usar las categorías para analizar la realidad social.[393]

La complejidad de analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje tal y como se nos presentó en el hospital de urgencias estriba en que no es un proceso lineal, sino una serie casi infinita de intercambios —en la medida en que un médico sigue de alguna manera aprendiendo a lo largo de toda su vida profesional— que se llevan a cabo por medio de diversos canales de comunicación, dentro de determinados marcos de socialización. Incluso centrándose únicamente en los intercambios verbales habría que recordar que éstos contienen diversos elementos, como la entonación, el contenido, los sobrentendidos y las suposiciones. Si a esto añadimos la comunicación no verbal, el análisis se vuelve todavía más intrincado.

Lo que se aprende en el día a día de la institución, de manera directa y en cada situación particular, forma parte de la experiencia del residente. Este acopio de

[393] Un ejemplo de ello es el papel del silencio o el secreto en los grupos humanos en las comunidades, subculturas e instituciones. Lo "no dicho" aquello imposible de hablar (denunciar), imprime una dinámica a la vida social o institucional. Lo sagrado se relaciona con lo oculto, como demostraron los antropólogos. La solidaridad humana no solo se alimenta de la cooperación, de los valores éticos, sino también del secreto cómplice que colude. Así, el dicho "Lo que sucede en el quirófano se queda en el quirófano" revela algo más profundo y extenso que sólo un refrán folclórico o una descripción neutral que se repite sin tener efectos prácticos. El dolor de quedarse callado ante un hecho que no se comparte por miedo a ser expulsado o excluido de la comunidad, contiene varios ángulos de análisis, cuando articulamos el dicho con esos otros sucesos que lo acompañan.

conocimientos otorga un campo de acción cada vez más amplio para el educando que está así cada vez más capacitado para crear soluciones o prevenir fracasos, según sea el caso. Si, como pudimos constatar, dos residentes de cirugía plástica y reconstructiva apoyan en una intervención oftalmológica —dado que en el hospital no hay residentes de dicha especialidad—, es porque cuentan con las capacidades suficientes para desempeñarse eficazmente en labores que son análogas a las que enfrentan en su propio ámbito quirúrgico. Su desempeño es ágil y seguro bajo la orientación de un cirujano que sí es especialista. Se adaptan así a una situación que quizá no habían experimentado previamente, pero que tampoco les es totalmente ajena.

FOTOGRAFÍA 139



Fotografía: una confluencia de miradas.

El antropólogo Gregory Bateson afirmaba que el aprendizaje que incorporamos en cierto momento, siempre supera el nivel de concreción inmediata, alcanzando mayores niveles de abstracción, formando un acervo cultural que facilita el manejo transversal de otros escenarios estructuralmente similares. A este proceso de acumulación de conocimientos en distintos niveles Bateson le llamó deute-

roaprendizaje.[394] Se aprende a aprender, pero no únicamente bajo una guía "libresca" o un modelo teórico "puro", sino a partir de las relaciones sociales y emocionales que envuelven cada encuentro social. Las recompensas o castigos, así como las bromas, los gestos, los errores y los insultos son fundamentales en la formación del carácter de un especialista.

Este proceso de aprender a aprender puede analizarse también como un proceso de transformación de la subjetividad que se logra en la interacción entre personas, espacios y objetos. Los enojos, las ansiedades, las tristezas o alegrías dadas por los conflictos y competencias forjan el carácter de los agentes, y determinan su posterior desenvolvimiento. El sociólogo de la educación o aquel especializado en cuestiones de criminología bien puede analizar otro campo de estudio, porque antes que la memorización erudita de los contenidos sobre uno u otro derrotero, está la experiencia para abordar los problemas sociales; hablamos, siguiendo a Bateson, de un nivel de conocimiento más abstracto, más profundo, de una dimensión epistemológica que autoriza al sociólogo o al cirujano a hacer de su profesión un oficio, que le permita orientarse frente a futuros retos.

FOTOGRAFÍA 140



Trabajo en grupo.

[394] "Digamos que hay dos clases de gradientes discernibles en todo aprendizaje continuado. Diremos que el gradiente que se encuentra en cualquier punto de curva de aprendizaje simple (por ejemplo, la curva de aprendizaje memorístico) representa la tasa de protoaprendizaje. Pero

El concepto de *habitus* también se relaciona con este aprendizaje incorporado y Pierre Bourdieu lo analiza como un sistema de disposiciones que genera prácticas que los agentes suponen adecuadas a los distintos contextos. El aprendizaje y el deuteroaprendizaje colocan en el centro del análisis la complejidad de las formas de transmisión, la relación entre la palabra, la gestualidad, el cuerpo, las posibilidades e imposibilidades de la mímesis. En ese sentido, el estudiante incorpora una filosofía total de vida, de tal suerte que "cada vez que [los agentes] se encuentren con cierto tipo de contexto, tenderán a verlo como estructurado sobre un patrón familiar".[395]

Recurrimos a diversos autores y perspectivas propias de las ciencias sociales —e incluso de otros ámbitos, como la filosofía o la literatura—, en busca de herramientas analíticas que nos permitieran producir las descripciones más nutridas y adecuadas de los hechos que se nos presentaban a lo largo del trabajo de campo. Ese uso flexible de las categorías también produjo en paralelo una serie de provechosas reflexiones acerca de los límites y alcances tanto de la teoría como de las analogías de las que nos servíamos de manera recurrente (como la del taller con el quirófano o la del cuerpo con la máquina), para tratar de asir una realidad que se encuentra en constante movimiento.

Las notas de campo dejan ver que se aprende medicina por medio del lenguaje verbal y de los movimientos corporales, pero también se aprende —aunque esto no siempre se reconozca— del ambiente compuesto por las bromas, la música, las preocupaciones, las ansiedades o incluso las picardías que surgen durante las intervenciones quirúrgicas, entre el cansancio y los desvelos de los residentes. Es decir, que el conocimiento científico no se transmite nunca de manera "pura", fuera de otras influencias culturales, sino que se lleva a cabo en conjunto con las tradiciones y con los patrones de comportamiento que se cree que forman el carácter de los médicos y les permiten ser de una determinada manera frente a los demás. Cuando se enseña una técnica en el quirófano, el estudiante debe demostrar que domina la teoría, comparar lo que ve con lo que sabe, analizar la distancia entre las imágenes de los libros y la imagen real del cuerpo sufriente.

Este proceso de socialización ocurre en un contexto determinado en el que intervienen presiones emocionales de diversa índole: regaños, chanzas, insultos, re-

---

si inflingimos a un mismo sujeto una serie de experimentos similares de aprendizaje sobre el mismo tema, comprobaremos que en cada experimento sucesivo el sujeto manifiesta un gradiente de protoaprendizaje algo más empinado, que aprende algo más rápidamente. A este cambio progresivo en la tasa de protoaprendizaje lo llamaremos 'deuteroaprendizaje'". Gregory Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*, Buenos Aires, Lohlé-Lumen, 1998, p. 195.

[395] *Ibid.*, p. 191.

conocimientos, hostilidades, comunicados con diversas palabras, entonaciones, gesticulaciones y movimientos que ayudarán a dar forma a la filosofía personal de cada médico. De este modo, las formas habituales de comportamiento hacia adentro del hospital (el trato que se establece entre los médicos de diferente jerarquía o entre éstos y sus pacientes) son *subproductos* del aprendizaje cotidiano de los residentes. Dicho aprendizaje se construye en la infinidad de interacciones institucionales como las consultas, las intervenciones quirúrgicas, los pases de visita o la incorporación y el dominio de las herramientas tecnológicas.

FOTOGRAFÍA 141



La producción dialógica del dato.

Al igual que los médicos, los etnógrafos contamos con un saber práctico (que permanece de forma latente); es un patrimonio cultural que forma parte de nuestro sistema de disposiciones. Durante el proceso de organización, análisis e interpretación de los datos emergen ideas que provienen de este acervo de conocimientos. Sucede con cierta frecuencia que uno registra en sus notas alguna idea o interpretación que considera original, para posteriormente darse cuenta de que ya había sido formulada por algún autor que había consultado con anterioridad.

La escritura es el principal recurso con el que cuenta el investigador para dar cuenta del sentido y el significado de las creencias, actividades y costumbres reproducidas por cada comunidad que estudia; el acto de escribir permite *reconstruir* la mirada de los acontecimientos, los testimonios de los agentes, la palabra

resguardada en los archivos, las opiniones de quienes escribieron acerca del tema. En este vaivén entre la realidad y la lectura, la escritura se transforma a sí misma: el investigador acota las descripciones, selecciona algunos datos de entre todos que ha producido, refina los testimonios de los informantes, justiprecia las emociones experimentadas durante el proceso de investigación.

FOTOGRAFÍA 142



Indagar.

La palabra y la imagen facilitan la comprensión de la sociedad. Las analogías sustentadas en este tipo de material narrativo muestran articulaciones de diferentes estructuras sociales, ilustran situaciones concretas experimentadas por los agentes, relacionan hechos que aparentemente están aislados entre sí, como los que suceden en los quirófanos del hospital. Las notas, las transcripciones y las fotografías no son estáticas; sus significaciones cambian durante el proceso de investigación, porque surgen nuevos interrogantes y conjeturas teóricas que son mucho más claras durante la escritura final (en nuestro caso, de un libro, pero en otros, de una tesis de grado o un reporte de investigación). La escritura permite observar la convergencia y la simultaneidad de hechos contradictorios, exhibiendo las tensiones con las que tienen que lidiar nuestros informantes. Una forma práctica de afrontar la totalidad de los hechos sociales, tal y como la estipulaba

Marcel Mauss —como la multiplicidad de aristas que convergen en un objeto—, es dejar de buscar coherencia y armonía donde no la hay. Algunos investigadores, empecinados en constreñir la realidad a los tipos ideales (que deberían ser utilizados sólo con fines comparativos), no pueden sino ver la realidad plena de conflictos, cambios y disputas como una versión deforme y distópica de sus fantasías.

La articulación de los diversos temas y problemas en categorías analíticas no es una decisión tomada de una vez y para siempre o una fase concreta de la investigación. Es un proceso que se lleva a cabo desde que se inicia el trabajo hasta que se concluye. Conviene señalar que toda labor de escritura es a su vez una labor de organización de los materiales (que derivan en capítulos y apartados), de orientación y acoplamiento entre categorías y datos.[396] Nuestro ingreso al hospital y la gradual apertura de sus espacios (salas, quirófanos, salones, comités) posibilitó el estudio de otros temas que dan forma a la vida cotidiana de médicos, personal y pacientes, como la importancia de los objetos y sus usos estratégicos en las diferentes situaciones institucionales (en las esperas, en las operaciones o en el aprendizaje de los residentes).

FOTOGRAFÍA 143

Estructura y organización del material.

[396] "¿Para qué nos sirven tantas descripciones? Quizá no sea lo único, aunque sin duda es muy importante: nos ayudan a superar el pensamiento convencional. Uno de los mayores obstáculos

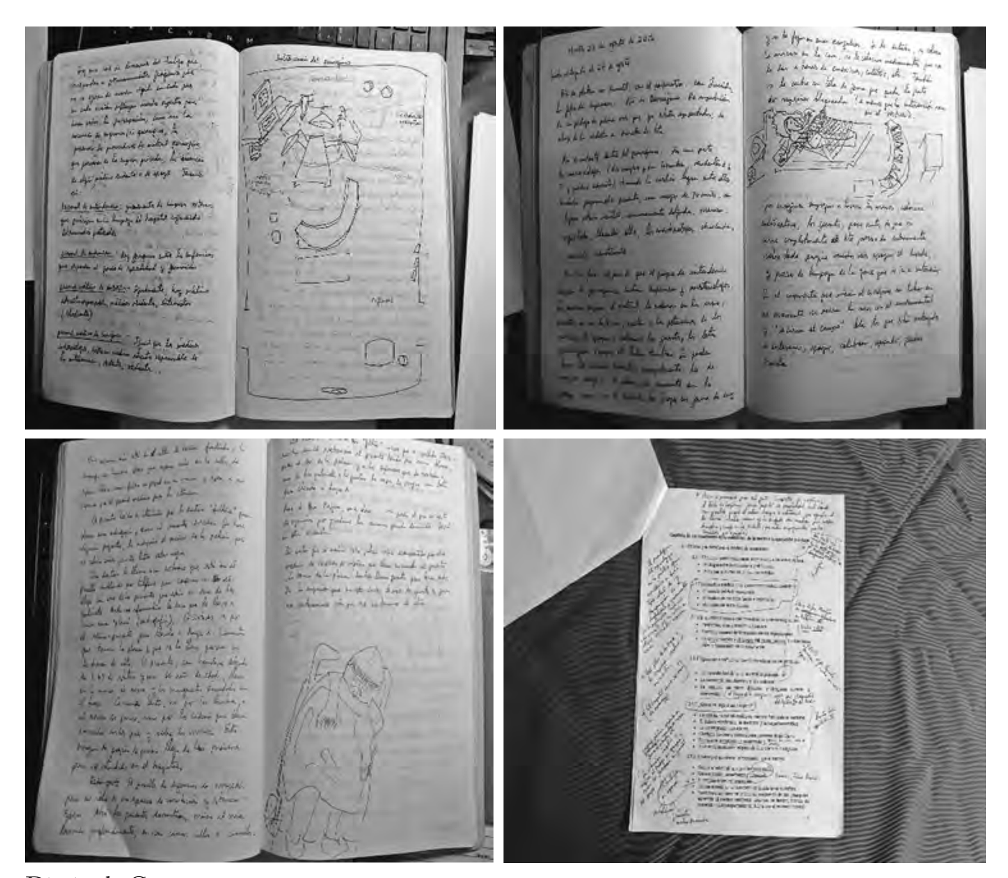
Capturamos imágenes (dibujamos y fotografiamos), describimos los detalles de cada situación, de la dinámica y la atmósfera que prevalecía, el ánimo de los personajes involucrados; en fin, las relaciones de intercambio entre los agentes y el medio institucional. El Diario de Campo se convirtió en la herramienta más provechosa de la investigación, no sólo por el material que ayudó a producir, también porque posibilitó *objetivar aquello que pensamos y sentimos,* nos permitió leernos para reflexionar acerca de nuestra propia implicación. La *reflexividad* es un ejercicio continuo de evaluación sobre los prejuicios, sentimientos o juicios de valor que surgen durante el trabajo de intervención *in situ*. El científico establece necesariamente una serie de relaciones de transferencia emocional con sus informantes, las cuales deben hacerse inteligibles con la finalidad de analizarlas como un insumo más del trabajo de investigación. Una larga lista de sociólogos y antropólogos ha alertado sobre este hecho: la objetividad del investigador nunca está dada, tiene que ser construida en acercamientos sucesivos y desde cero en cada nuevo proceso de investigación.

El sociólogo debe contar con la paciencia suficiente para saber que la confianza que le brindan los informantes tampoco llega de un día para otro, pero que una vez conseguida le permitirá abrir diversas puertas. Se ha escrito mucho acerca del *rapport* como un insumo invaluable que debe cultivarse a lo largo de todo el trabajo de campo, pero quizá debamos subrayar su fragilidad. En su calidad de constructo, la confianza puede también destruirse, incluso súbitamente. Al estar inmerso en el medio que investiga, el sociólogo no permanece inmune a los hechos que registra o a las personas con quienes interactúa. Cada integrante del equipo fue afectado de manera diferente por la enfermedad, las lesiones, el dolor o la muerte de los pacientes observados. Como grupo de trabajo —y como personas—, el hospital nos brindó enseñanzas académicas muy importantes; también nos brindó otras lecciones acerca de la fragilidad de la vida. Las conversaciones grupales sobre los hechos observados enriquecieron la narrativa al incorporar detalles que en las observaciones individuales hubieran sido pasados por alto.

---

para la descripción y análisis apropiado de un fenómeno social es que creemos conocer de antemano la mayoría de las respuestas. Damos muchas cosas por sentadas porque, después de todo, somos miembros adultos competentes de nuestra sociedad y sabemos lo que cualquier adulto competente. Tenemos, como suele decirse, 'sentido común'. Por ejemplo, sabemos que en las escuelas se educa a los niños y que en los hospitales se cura a los enfermos. 'Todo mundo' lo sabe. No cuestionamos lo que todo el mundo sabe, sería una estupidez. Pero, dado que el objeto de nuestro estudio es aquello que todo el mundo sabe, debemos cuestionarlo o, por lo menos suspender todo juicio al respecto, ir a ver con nuestros propios ojos lo que se hace en las escuelas y en los hospitales en vez de aceptar respuestas convencionales". Howard Becker, *Trucos de oficio…, op. cit.,* p. 114.

Fotografías 144



Diario de Campo.

Los conceptos fungen como "redes" que nos permiten enlazar sucesos diversos de la realidad empírica; éstos llevan siempre el sello de su historia, de sus usos y de sus posibles significados. Conocer teóricamente el significado de un concepto es necesario para, posteriormente, sopesar los límites y alcances de éste en la práctica. De lo contrario, se corre el riesgo de proyectar su contenido hacia la realidad que precisamente queremos conocer. También se puede acotar el objeto de investigación de una manera excesivamente rígida apoyándose solamente en la teoría, produciendo interrogantes que tienen respuestas incluso antes de haber acudido a la realidad. Tanto en líneas previas como en otras obras hemos hablado de nuestra apuesta por el uso crítico de la teoría, que implica la resignificación de las categorías de acuerdo con el análisis concreto de situaciones concretas, es decir, contrastando las herramientas analíticas con los relatos de los informan-

tes, con los hechos observados, con los archivos desempolvados, con los lugares vividos. Para conocer, para entender el sentido de la acción social y del comportamiento humano, el sociólogo debe permanecer en el lugar de los hechos, recorrerlo, impregnarse de su atmósfera, comprender los problemas de las personas tal y como ellas los experimentan.

> *[...] los conceptos que nos interesan suelen tener múltiples criterios. Max Weber no definió la burocracia mediante un único criterio. Dio una larga lista de rasgos característicos: la existencia de archivos escritos, los trabajos definidos como carreras, la toma de decisiones con base en reglas, etc. [...] El primer motivo por el que [las] peleas sobre las definiciones son importantes es que los títulos descriptivos que encarnan [los] conceptos rara vez son neutrales; más bien son términos elogiosos o injuriosos. "Cultura", por ejemplo, casi siempre es algo bueno [mientras que] "burocracia" casi siempre es algo malo.*
>
> *Trucos de oficio*
> Howard Becker

Inspirados por *Internados* de Erving Goffman, equiparamos al quirófano con el taller y al cuerpo con un sistema de equilibrio biomecánico,[397] y no fue hasta que ingresamos a los espacios quirúrgicos del Rubén Leñero cuando pudimos observar esas metáforas en la realidad de la práctica médica. Las palabras se convertían en verdaderos dramas protagonizados por los cuerpos, que en efecto eran entendidos y manipulados como sistemas que debían conservar (o recuperar) su homeostasis. En ese sentido, el lenguaje metafórico no sólo nombra la realidad, sino que además incide en ella, produciéndola. Un significante como "cáncer", en el contexto de un diagnóstico puede causar efectos emocionalmente devastadores y prácticamente inmediatos en la persona que lo recibe, ya que se asocia de continuo con la muerte o con procedimientos médicos tortuosos que no siempre garantizan que se recupere la salud.

La metáfora del cuerpo humano como un sistema de entradas y salidas, de equilibrio u homeostasis, forma parte del cúmulo de conocimientos que los médicos usan para dar forma a su praxis. Esta analogía con la teoría de sistemas, sustenta, por ejemplo, los estudios de laboratorio, que tienen como finalidad medir las diferentes sustancias (que entran, salen o permanecen) en el cuerpo, y los desequilibrios e inestabilidades entre las mismas. En el análisis sociológico también se recurre a las metáforas y analogías para comprender los hechos sociales. Son recursos lingüísticos que ayudan a descifrar la complejidad de la realidad; curiosamente, la idea del cuerpo como un organismo ha sido uno de los principales

[397] Erving Goffman, *Internados*..., *op. cit.*, pp. 319-378.

referentes para el estudio de la sociedad: un todo funcionalmente integrado. No obstante, insistimos en que hay que estar atentos a los usos de las metáforas y analogías. Sobre todo, para evitar que las explicaciones de los hechos sean remplazadas por figuras retóricas. Imaginamos también a las teorías como grandes hipótesis de trabajo que se ponen a prueba. Pierre Bourdieu consideraba que las categorías no son nunca unidades acabadas, sino *proyectos* para el trabajo práctico. El siguiente comentario, que se orienta en este mismo sentido, es del sociólogo alemán Georg Simmel:

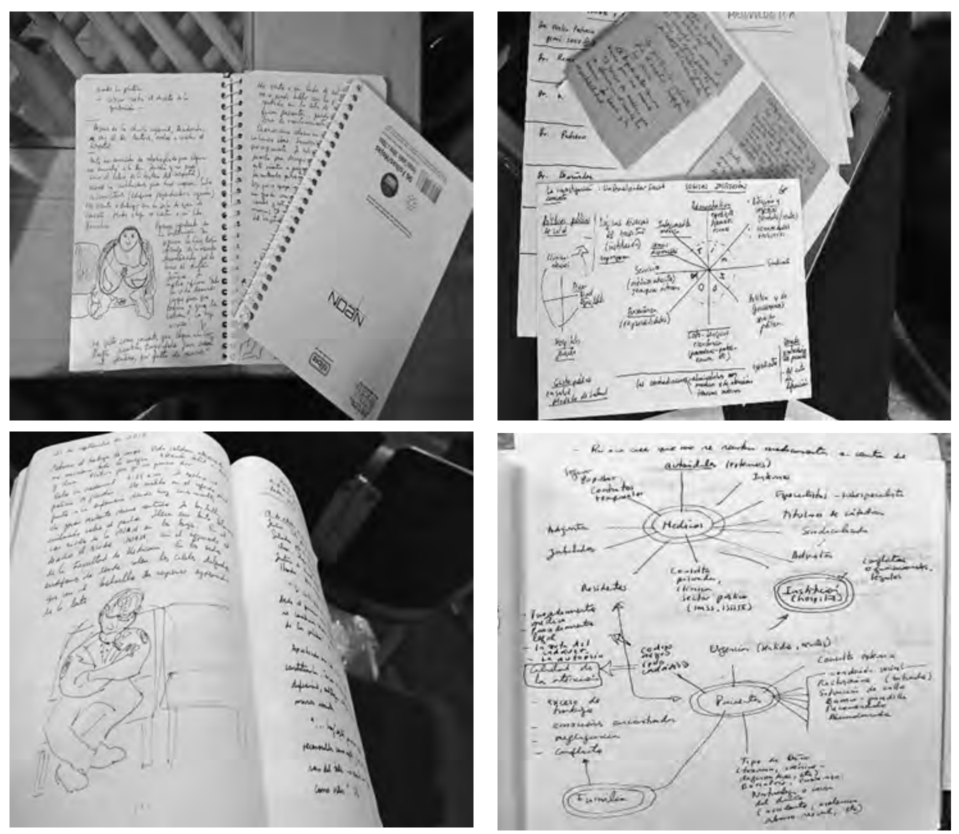
> En vez de ver nuestros conceptos como figuras cerradas de las cuales sólo sería necesario explicitar su contenido implícito, es mucho más importante tratarlos como meros indicios de realidades cuyo contenido se tiene que auscultar, no como imágenes que sólo requieren ser iluminadas con claridad para mostrar el contenido terminado que contienen, sino como bosquejos de siluetas que esperan ser completados.[398]

Durante la investigación se utilizaron conceptos como identidad, *habitus*, institución, adaptación, imaginario, *doxa*, implicación, ritualidad, intercambio, resistencia, marco, *illusio*, prestigio, dominación y resistencia. Cada uno de ellos proviene de teorías y autores que abordan a la sociedad y sus instituciones de forma distinta. Todos ellos fueron triangulados con los registros de campo, con la finalidad de producir análisis e interpretaciones. Así, explicamos temas como el de la sexualidad o el de las bromas como formas de dominación; tratamos cada una de estas prácticas en un contexto relacional para descifrar el significado de cada práctica. De esta forma, un insulto puede leerse como algo más que el mero insulto, al analizar su productividad, dependiendo del contexto. Lo mismo podemos decir de las sonrisas, miradas o gestos.

Revisamos entrevistas, testimonios, notas de campo, fotografías y videos; discutimos y organizamos los materiales por temas y problemas, y nos percatamos de que éstos inevitablemente se superponían en distintos planos. Se estructuró una propuesta en torno a la vida institucional de los residentes médicos. Los planteamientos desde la teoría se utilizaron como guías para entender una realidad que se compone de infinidad de detalles y no como constructos teóricos estáticos, con un contenido predeterminado. Las técnicas usadas se fueron adaptando conforme mejoraba nuestro conocimiento del terreno y la confianza con cada uno de los agentes que trabajaban en el hospital; aprendimos que sobre el método y las técnicas no todo está escrito.

[398] Georges Simmel, *Sobre la diferenciación social. Investigaciones sociológicas y psicológicas*, Barcelona, Gedisa, 2017, p. 48.

FOTOGRAFÍAS 145



Organización del material.

Muchas horas fueron las que permanecimos en las salas de espera observando, haciendo croquis, charlando con el personal médico y de enfermería que caminaba apuradamente. Nos situábamos en algún lugar estratégico esperando a que algo importante sucediera. Circulamos en innumerables ocasiones por los pasillos y en cada uno de los tres niveles que conforman el edificio donde están los pacientes hospitalizados. Caminamos por cada una de las salas del hospital para entrevistar a los médicos; platicamos con los pacientes en espera de ser atendidos. En los alrededores del hospital algunos médicos salían a fumar un cigarrillo o a consumir algún alimento, momentos que aprovechábamos para charlar. En el equipo de trabajo hubo cautela y la timidez de quien sabe que el tiempo del médico es valioso, pero las labores de observación fueron constantes.

A pesar de que contábamos con los permisos oficiales otorgados por la Secretaría de Salud (Sedesa) de la Ciudad de México y la aprobación del Comité

de Ética y Enseñanza del hospital, la dinámica de la organización nos mostró que el acceso a cada espacio no estaba dado ni emanaba mágicamente de los procesos burocráticos. Los servicios se nos presentaban como territorios extraños y prohibidos, que debían conquistarse con el tiempo. En esas circunstancias, el sociólogo lucha por no ser percibido como un invasor, como alguien que se encuentra en el lugar para denunciar a la primera provocación de la realidad que observa; si en los primeros meses de la investigación varios servicios nos negaron la entrada, fue justo por desconfianza. Los territorios son reservas de información, de acontecimientos que comparten únicamente personas que tienen relaciones de familiaridad entre sí. Goffman daba indicios para realizar este análisis cuando planteaba los pormenores de su noción de ego territorial:

> Como un extremo reivindica diversos territorios y reservas, ¿qué libertad —qué licencia— tiene el otro para penetrar a voluntad en esos círculos del yo? Y dadas esas libertades, ¿se practican de verdad? (las personas en una relación anónima pueden hallarse en condiciones ritualmente licenciadas, pero las que se hallan en una relación anclada son las únicas que pueden estar familiarizadas). Un componente importante de la familiaridad es la confidencialidad, es decir, el ejercicio de la licencia para penetrar en la reserva de información del otro, especialmente por lo que respecta a la información secreta acerca del yo, cuyo punto extremo se halla en la relación entre el paciente y el psicoanalista.[399]

Por esta razón, la entrada al Área de Quirófanos fue uno de los logros más importantes para el avance de la investigación; el ingreso se consiguió después de un año de trabajo de campo. La cámara fotográfica y la grabadora son objetos que provocan sentimientos de inseguridad, porque se considera que permiten la sustracción de hechos que de otra manera estarían ocultos a la mirada y al juicio de los extraños. Las herramientas tecnológicas pueden inhibir o alentar la participación de los informantes, también provocar enojos; decidir si se ocultan o no depende de los investigadores, como también depende de ellos aceptar los encargos de algunos agentes y saber cómo reciprocar las colaboraciones y la buena voluntad de los informantes.[400]

Una grabadora expuesta puede recabar información formal, del orden de lo instituido, mientras que, si se oculta, hay más oportunidad de que registre dichos y hechos informales, del orden de lo instituyente. El trabajo sociológico no tiene por finalidad el enjuiciamiento de las personas o las situaciones, puesto que

[399] Erving Goffman, *Relaciones en público, op. cit.*, p. 198.

[400] Debido a que la grabadora expuesta inhibía el discurso de los informantes, se decidió ocultarla y dejar el nombre del informante únicamente en aquellos casos en los que sus relatos no comprometían su vida personal o profesional.

sus acciones no se interpretan como hechos aislados, atribuidos al temperamento de los agentes; sus acciones tampoco deben leerse desde una perspectiva moral o maniquea. La estructura institucional hospitalaria incide sin duda en la reproducción de ciertas dinámicas conflictivas entre los servicios, y cada situación particular establece un orden de la interacción que bien puede endurecer o flexibilizar las estructuras, ya que los agentes cuentan con un rango de libertad que les permite llevar a cabo prácticas o elaborar significaciones que pueden no concordar con su posición.

Los trabajos acerca de los *dones* o de los intercambios rituales muestran lo difícil que es recibir, sin sentirse obligado a devolver. En efecto, recibimos información, atenciones, acceso a lugares o a expedientes. Al final de nuestra estancia impartimos dos conferencias, obsequiamos libros, desayunamos con médicos, regalamos fotografías. Las circunstancias en que sucedió cada uno de estos intercambios fueron variadas (tanto en el exterior como en el interior del hospital) y facilitaron así nuestro trabajo.

La investigación de campo posibilita la reflexión sobre problemas teóricos que ha venido discutiendo la sociología durante los últimos años, como el de las relaciones entre los análisis micro o macro. Dicotomía que es replicada en los debates en torno a las determinantes de la acción social y el papel de los agentes y las estructuras. Los estudios microsociales que privilegian las interacciones en un tiempo y espacio determinado y analizan las condiciones de flexibilización del orden instituido. Las discusiones sobre los modelos de la acción social en donde se incluye la normatividad, la ética política, la racionalidad instrumental con respecto a ciertos medios, fines o valores, quedan flotando en abstracto si los sociólogos no llevamos a cabo investigaciones prácticas y reflexionamos cada una de estas propuestas con una mirada menos rígida o mucho más plástica.

Planteamientos como que los objetos tienen agencia o que los agentes se involucran en la realidad con un grado de libertad que los aleja de cualquier modelo determinista (fuera de las constricciones impuestas por las estructuras), deben comprobarse por medio del análisis de la realidad empírica; de lo contrario, este tipo de reflexiones se convierten en un simple (por más que pueda ser sugerente) registro acerca de las posibilidades del discurso sociológico. Otro ejemplo puede ser la abundante literatura crítica acerca del concepto de *habitus* —en tanto sistema de disposiciones encarnado— propuesto por Pierre Bourdieu. Afirmar la rigidez o el determinismo de una categoría de manera apriorística y por fuera de un proyecto de investigación empírico en el que sea puesta a prueba (el *habitus* de qué agentes, que establecen qué tipo de relaciones, en qué situación concreta) parece en muchos sentidos poco provechoso y denota las carencias en la formación de sociólogos capaces de analizar su propia realidad social.

La sociología etnográfica tiene la virtud de que lo que aparentemente se pierde en extensión se recupera en profundidad. El estudio de una comunidad, un grupo o una institución abre interesantes interrogantes sobre las múltiples formas en las que se relacionan los movimientos del mercado global, determinadas políticas públicas o ciertos problemas que aquejan a la sociedad y que se hacen cuerpo en los pequeños escenarios de la vida cotidiana, los cuales muchas veces han sido despreciados por estudios de gabinete, que se cree que tienen un mayor (o mejor) impacto en la discusión pública nacional.

El hospital general doctor Rubén Leñero es un interesante espacio para el análisis sociológico que abre nuevos interrogantes de naturaleza estructural en torno a los servicios de salud. A través de los pacientes se pueden observar los distintos tipos de violencia que la sociedad mexicana actual padece; la falta de recursos humanos y económicos para atender al público da indicios de las prioridades del gasto público; los mecanismos de decisión institucionales revelan las prioridades del juego entre las autoridades y diferentes agentes políticos. Cada trabajador que llega fracturado, con las manos lastimadas o quemadas, habla del abandono, de la precariedad en las condiciones de trabajo que prevalecen en nuestro país desde hace ya varias décadas. Cada gesto, cada detalle, puede llevarnos a narrativas más profundas (sobre el negocio de las funerarias, la negligencia médica, la proliferación de la medicina defensiva, la incorporación del discurso de los derechos humanos en el ámbito médico, las carencias en materia de salud en espacios como los reclusorios, las contradicciones en las políticas de salud).

Salir del lugar convencido de que se cuenta con suficiente material para hacer un libro no es fácil, aunque la revisión sistemática del mismo ofrece una idea de lo que se ha logrado; cuando se organizan las fotografías, las notas, los testimoniales o los videos, regresamos —de otro modo— al lugar de los hechos: revivimos los momentos en los que estuvimos en el hospital. El oficio del sociólogo no ocurre sin descripciones detalladas, pero tampoco sin comprensión teórica sobre el sentido del hacer y el actuar de nuestros informantes. El sociólogo construye un acontecimiento, lo narra y le otorga un estatuto teórico, es decir, lo interpreta más allá de la buena o mala fe de los participantes; al hacerlo, siempre lidia con el dominio de nuestros impulsos, con la angustia paralizante de la escritura, con las confusiones propias de una labor artesanal que mezcla sucesos con emociones. Quizá por ello convenga concluir con un comentario de Pierre Bourdieu acerca de nuestro oficio:

> Si se sabe lo que se hace, se hace mejor: es el paso de una práctica a un método. Marc Bloch tituló su libro *Apología para la historia o el oficio del historiador:* el oficio es algo que existe en la práctica, se pueden hacer cosas magníficas sin un metadis-

curso sobre su práctica. Yo prefiero a un historiador o a un sociólogo que conozca su oficio sin los discursos epistemológicos de acompañamiento que a un sociólogo que hace discursos sobre su metodología y que no tiene oficio. Nunca una metodología ha estado a salvo de tener un error técnico: sólo el oficio protege. Sin embargo, el oficio es una condición necesaria pero no suficiente. Se hace mejor el propio oficio cuando éste se controla en el nivel consciente, cuando se pueden explicar los principios prácticos que se manejan en su práctica, cuando se han transformado en reglas de los esquemas y establecido las reglas que pueden convertirse en reglas colectivas y ser usadas incluso por adversarios como una llamada de orden.[401]

[401] Pierre Bourdieu, *Sobre el Estado..., op. cit.*, 2014, p. 133.

Bibliografía

Barley, Nigel, *El antropólogo inocente. Notas desde una choza de barro,* Barcelona, Anagrama, 1989.

Bastide, Roger, *El sueño, el trance y la locura,* Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

Bateson, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre,* Buenos Aires, Lohlé-Lumen, 1998.

Becker, Howard, *Trucos de oficio. Cómo concluir su investigación en ciencias sociales,* Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.

Berger, Peter y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad,* Buenos Aires, Amorrortu, 2012.

Birdwhistell, Ray, *El lenguaje de la expresión corporal*, Barcelona, Gustavo Gili, 1979.

Bourdieu, Pierre, *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama, 1999.

Bourdieu, Pierre, *Sobre el Estado. Cursos en el Collège de France (1989-1992)*, Barcelona, Anagrama, 2014.

Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant, *Una invitación a una sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.

Bukowski, Charles, *El capitán salió a comer y los marineros tomaron el barco*, Barcelona, Anagrama, 2003.

Bukowski, Charles, *La senda del perdedor,* Barcelona, Anagrama (Compactos 138), 2004.

Butler, Judith, *Marcos de guerra. Vidas lloradas*, Buenos Aires, Paidós, 2010.

Canetti, Elias, *Masa y poder*, Madrid, Alianza Editorial (El Libro de Bolsillo), 2013.

Chéjov, Anton, *Unos buenos zapatos y un cuaderno de notas. Cómo hacer un reportaje* (edición de Piero Brunelo), Barcelona, Alba Editorial, 2005.

Chéroux, Clément, *Breve historia del error fotográfico*, México, Serieve, 2009.

Coe, Rodney, *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza Universidad (AU, 55), 1984.

Coser, Lewis, *Las funciones del conflicto social*, México, FCE, 1961.

Coser, Lewis, *Las instituciones voraces. Visión general,* México, FCE, 1978.

Dubet, François, *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*, Barcelona, Gedisa, 2002.

Durkheim, Émile, *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento)*, México, FCE/Universidad Iberoamericana/UAM Cuajimalpa, 2012.

Dyer, Geoff, *El momento interminable de la fotografía,* México, Ediciones Ve/Conaculta/Fundación Televisa, 2010.

Elías, Norbert, *La soledad de los moribundos*, México, FCE, 1989.

Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica,* México, Siglo XXI, 2009.

Frau, Jean, *La imagen del médico en el arte y la literatura,* Madrid, Casimiro Libros, 2016.

Gadamer, Hans-Georg, *El estado oculto de la salud,* Barcelona, Gedisa, 2017.

Geertz, Clifford, *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, 1992.

Goffman, Erving, *Ritual de interacción,* Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1970.

Goffman, Erving, *Relaciones en público. Microestudios de orden público*, Madrid, Alianza (AU, 252), 1979.

Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.

Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada,* Buenos Aires, Amorrortu, 1992.

Goffman, Erving, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu, 1997.

Goffman, Erving, *Los momentos y los hombres*, Barcelona, Paidós (Comunicación 46), 1999.

Goffman, Erving, *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia,* Madrid, Siglo XXI/Centro de Investigaciones Sociológicas (Monografías, 227), 2006.

Haley, Jay, *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta,* Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

Hall, Edward, *El lenguaje silencioso,* México, Conaculta (Los Noventa), 1990.

Hall, Edward, *La dimensión oculta,* México, Siglo XXI, 1993.

Heting Von, Hans, *Estudios de psicología criminal XI. El hombre necrotopo. De la creencia en las ánimas a la atracción morbosa por los cadáveres,* Madrid, Espasa-Calpe, 1981.

Hubard, Julio, *Sangre. Notas para la historia de una idea*, México, Ortega y Ortiz Editores, 2006.

Jaques, Elliott e Isabel E.P. Menzies, *Los sistemas sociales como defensa en contra de la ansiedad psicótica y depresiva,* Buenos Aires, Hormé/Paidós, 1969.

Kapuscinsky, Ryszard, *Los cínicos no sirven para este oficio. Sobre el buen periodismo,* Barcelona, Anagrama (Compactos, 365), 2016.

Keiser, Bert, *Danzando con la muerte. Memorias de un médico*, Barcelona, Herder, 1994.

Lahire, Bernard, *El espíritu sociológico*, Buenos Aires, Manantial, 2006.

Lahire, Bernard, *En defensa de la sociología. Contra el mito de que los sociólogos son unos charlatanes, justifican a los delincuentes y distorsionan la realidad,* Buenos Aires, Siglo XXI, 2016.

Lakoff, George y Johnson Mark, *Metáforas de la vida cotidiana*, Madrid, Cátedra (Teorema), 2015.

Latour, Bruno, *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red,* Buenos Aires, Manantial, 2008.

Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y la modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1995.

Levín, Florencia, *Humor político en tiempos de represión. Clarín, 1973-1983*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2013.

Marsh, Henry, *Ante todo no hagas daño*, Barcelona, Salamandra, 2016.

Mauss, Marcel, *Sociología y antropología*, Madrid, Tecnos, 1991.

Moore, Barrington, *La injusticia: bases sociales de la obediencia y la rebelión,* México, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, 1989.

Ortiz Quesada, Federico, *El adivinador de los cierto*, México, McGraw-Hill Interamericana, 2000.

Parsons, Talcott, *El sistema social*, Madrid, Alianza, 1999.

Portilla, Jorge, *Fenomenología del relajo y otros ensayos*, México, FCE, 1984.

"¿Qué es un meme?", disponible en <http://www.40defiebre.com/que-es/me me/>, consultado el 24 de agosto de 2018.

Rosaldo, Renato, *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*, México, Grijalbo, 1989.

Scott, James, *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*, México, Era, 2000.

Secretaría de Salud del Distrito Federal 100 años, México, Bayer Health Care-Bayer Schering Pharma/Talleres de Chromatos, 2009.

Sennett, Richard, *El artesano*, Barcelona, Anagrama, 2012.

Simmel, George, *Sobre la diferenciación social. Investigaciones sociológicas y psicológicas*, Barcelona, Gedisa, 2017.

Sontag, Susan, *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*, Madrid, Taurus, 1996.

Sudnow, David, *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1971.

Szczeklik, Andrzej, *Core. Sobre enfermos, enfermedades y la búsqueda del alma en la medicina*, Barcelona, Acantilado, 2012.

Szczeklik, Andrzcj, *Catarsis. Sobre el poder curativo de la naturaleza y el arte*, Barcelona, Acantilado, 2013.

Hombres y mujeres de blanco.
Un estudio socioantropológico
de un hospital de urgencias médicas
se terminó el 27 de agosto de 2019
en Imprenta de Juan Pablos, S.A.
2a. Cerrada de Belisario Domínguez 19
Col. del Carmen, Alcaldía de Coyoacán
México, 04100, Ciudad de México
<juanpabloseditor@gmail.com>

1 000 ejemplares

